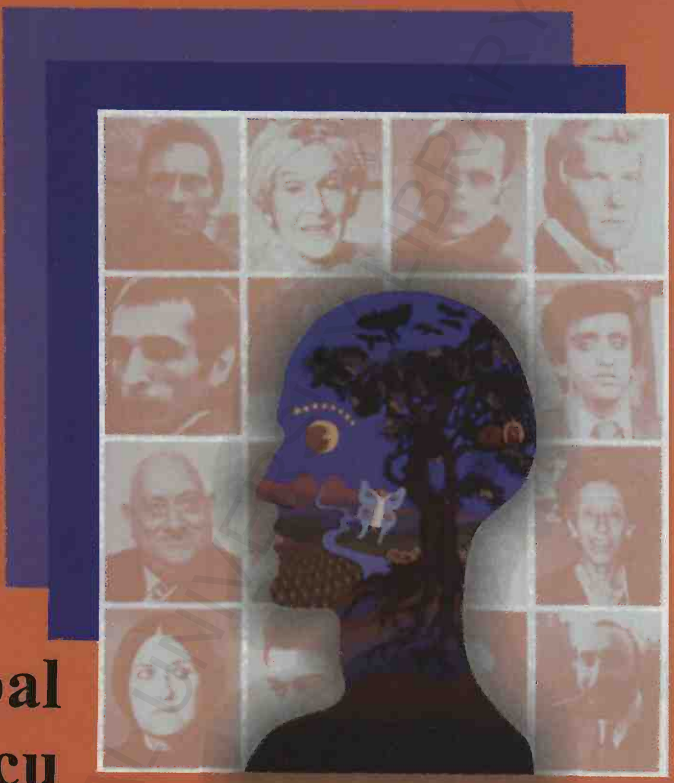


Hanibal
Dumitraşcu

CEILALŢI
ŞI
REVOLUŢIA LINIŞTITĂ

**(O incursiune psiho-socială prin universul problematic
rsoanelor cu tulburări mentale)**

II 369.615

Editura Fundaţiei AXIS

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 369.615

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

HANIBAL DUMITRAŞCU

393524

CEILALŢI ŞI REVOLUŢIA LINIŞTITĂ

(O incursiune psiho-socială prin universul problematic al persoanelor cu tulburări mentale)

381052
B.C.U. IASI

ALE

Editura Fundaţiei AXIS
Iaşi – 2004

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Colecţia UNIVERSITARIA 43

Coordonatori:
Simona Modreanu
Petru Bejan

© Editura Fundaţiei AXIS, 2004
B-dul Carol I, nr. 11, B, 202
700506, Iaşi
Tel./fax: 0232/201653
e-mail: faxis@uaic.ro

ISBN: 973-7742-10-9

22 IUN. 2005

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În amintirea tatălui meu

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Motto:

"Omul ca ființă, nu numai că nu poate fi înțeles în afara nebuniei, dar nici n-ar fi ființa omului dacă n-ar purta nebunia în sine ca limită a libertății sale".

J. Lacan

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

CAPITOLUL I
Boala Psihică o Dimensiune a Experienței Umane 9
1.1. "Celălalt" – bolnavul psihic şi experienţa sa umană 9
I.2. Normalitate şi boala psihică. Boala psihică ca tulburare mentală 13
I.3. Excluderea socială a bolnavului psihic18
I.4. Fenomenul de boală mentală şi modele de cercetare ale acestuia..20
I.5. Între discursul ştiinţific şi demersul pragmatic;
psihiatria socială şi asistenţa socială a tulburărilor mentale ... 26
I.6. Asistenţa socială ca intervenţie socială şi psihologică 29

CAPITOLUL II
Alternativa realizării în comunitate a actului de asistenţă socială..35
II.1. Psihiatria *extramuros* 35
II.2. De la intervenţia clinică la îngrijirea comunitară 40
II.3. Asistentul social şi intervenţia sa în favoarea clientului 44
II.4. Principii de construcţie a intervenţiei terapeutice
psihosociale în familie 46
II.5. Importanţa modelului socio-psiho-educaţional 49
II.6. Autoajutorarea 52
II.7. Asistenţa socială şi noile modele de intervenţie psihosocială 56

CAPITOLUL III
Noua orientare a intervenţiei psihiatrice 61
III.1. Modalităţi de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia 61
III.2. Dublarea mijloacelor psihochimice cu cele terapeutice 62

CAPITOLUL IV
Clasificări internaţionale ale tulburărilor mentale 66
IV.1. Clasificarea internaţională CIM 9 şi CIM 10
(Clasificare a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii) 66
IV.2. Clasificarea tulburărilor psihice
conform D.S.M. IIIR şi IV TM 68

Capitolul V
Intervenţia Asistenţei sociale în cazul clienţilor-bolnavi de schizofrenie **70**
V.1. Dimensiunea clinic medicală 70
V.2. Aspecte ale substratului morfopatologic al schizofreniei 71
V.3. Dimensiunea psihosocială a statutului bolnavului de schizofrenie 80
V.4. Aspecte generale legate de intervenţiile în favoarea bolnavilor psihici 86
V.5. Tehnici de intervenţie psihoterapeutică 89

CAPITOLUL VI
Recuperarea clienţilor cu tulburări mentale ale sindromului de schizofrenie **105**

CAPITOLUL VII
Un model de cercetare psihosocială şi de intervenţie al asistenţei sociale **114**
VII.1. Obiectivul cercetării 114
VII.2. Ipotezele de cercetare 117
VII.3. Motivaţie 117
VII.4. Cadrul metodologic de cercetare 122
VII.5. Tipuri de intervenţii psiho-sociale utilizate 123
VII.6. Structura loturilor de experiment 131
VII.7. Procedee de înregistrare clinică ale schizofreniei conforme cu D.S.M. IV TM, în raport cu cele cinci subtipuri de manifestări ale schizofrenieil 35
VII.8. Culegerea datelor. Mijloace tehnice de recoltare a informaţiilor 140
VII.9. Înregistrarea datelor 141
VII.10. Analiza datelor 142
VII.11. Concluzii 148

ANEXE 153

Bibliografie 215

CAPITOLUL I

Boala psihică o dimensiune a experienței umane

I.1. Celălalt – bolnavul psihic şi experiența sa umană

Atunci când se vorbeşte de boala psihică, gândul, în mod inevitabil, te poartă spre imaginea nebuniei, a felului cum aceasta este percepută şi, mai ales, a felului cum cei ce se consideră nenebuni, adică normali şi "buni" se raportează la ceilalți, adică la "nebuni", la bolnavii psihici.

Acesta este motivul pentru care J. Lacan afirma că "Omul ca ființă, nu numai că nu poate fi înțeles în afara nebuniei, dar nici n-ar ființa ca om dacă n-ar purta nebunia în sine ca limită a libertății sale"[1].

Premisa de la care pornim, în mod firesc, este aceea potrivit căreia nebunia nu este diferită în mod fundamental de experiențele pe care fiecare dintre noi (cei considerați normali) le avem de-a lungul vieții şi pe care – exceptând anumite situații – nu mai vrea nimeni să le aibă: disperarea ca experiență ori autodepăşirea şi angoasa paralizantă, pierderea folosirii plăcerilor trupului, experiența confuziei şi a panicii, coşmarul unei nopți de febră, minciuna exaltantă a beției, singurătatea forțată sau neforțată de împrejurări, mesajele contradictorii ce induc confuzie, preeminența morții în raport cu viața, incapacitatea de a construi legătura cu celălalt, de a fi împreună cu el şi de a comunica, sunt tot atâtea momente şi stări şocante ce le avem, şi care ne marchează pe fiecare în mod diferit, şi care nu trezesc la ceilalți decât, în cel mai fericit caz, o îngăduință

[1] J. Lacan, *Ecrits*, Paris, Ed. du Seuil, 1969, p. 19.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

dezinvoltă şi paternă, iar în cel mai rău caz (şi nu de multe ori) umilinţe, dispreţ şi respingere.

Pusă într-o astfel de lumină experienţa propriei noastre vieţi, apare ca firească reacţia de respingere şi apărare în raport cu stările şi trăirile enumerate mai sus, şi apare ca tentant să inversăm rolurile, să nu fim noi cei respinşi, dimpotrivă să fim puşi în situaţia de a respinge.

Pe de altă parte, această definiţie a experienţei propriei noastre vieţi, ne sugerează că "nebunul" este altfel decât omul normal, prin dificultăţile în capacitatea de a utiliza realitatea în scop propriu, prin mijloacele şi atributele a ceea ce numim raţionalitate. Ori, tocmai forma extremă a propriei noastre raţionalităţi ne împinge deseori spre ipocrizie şi laşitate, acceptând soluţia "Corabiei nebunilor", şi aceasta, pe de o parte, pentru a scăpa de cei care par a fi radical diferiţi în raport cu gândirea şi comportamentele noastre, iar pe de altă parte, de a-i condamna, ca prin tocmai nebunia lor, să ne rezolve prin excludere, prin îndepărtarea lor, prin "precise" taxinomii nosologice şi nosografice, temerile iraţionale pe care le avem, frica de propriile noastre fantasme angoasante. Din fericire, instrumentele raţionalităţii, şi anume îndoiala carteziană şi gândirea critică, ridică voalul de deasupra unei asfel de obtuzităţi şi îi determină pe G. Deleuze şi pe F. Guatari să afirme că omului i se îngustează tot mai mult, odată cu societatea tot mai industrializată, posibilitatea de a se exprima autentic şi de a alege să joace acele roluri sociale care să-l împlinească uman, spaţiul de viaţă socială obnubilând identitatea individului, în condiţiile în care relaţiile sociale, interacţiunile indivizilor se schizofrenizează[2].

Aceasta nu este altceva decât intenţia şi tendinţa fundamentală a omului de a nu fi el cel definit, ci cel ce defineşte, destinatarul tuturor întâmplărilor pe care le iniţiază în limitele raţionalităţii şi posibilităţilor de control pe care le are, de a nu fi obiect al lumii şi realităţii în care trăieşte, ci subiect dominator.

Pe de altă parte, această definiţie a experienţei propriei noastre vieţi, sugerează că nebunul e altfel decât omul normal prin dife-

---

[2] G. Deleuze, F. Guatari, *Capitalisme et Schisophrenie, l'Anti-Oedipe*, Paris, Minuit, 1980, pp. 56-58.

rențele în capacitatea de a utiliza realitatea în scop propriu, prin mijloacele şi atributele a ceea ce numim raționalitate.

În felul acesta, ea, nebunia, nu ne mai apare doar ca un simplu fapt al vieții, atât sub aspect psihic, cât şi social, ci mai ales ca o problemă fundamentală prin care, aşa cum am mai spus, putem să excludem sau putem să fim excluşi, putem să ne exercităm propria putere sau dimpotrivă să devenim obiect la discreția puterii altora.

Dacă acest model ar fi perfect (şi, din fericire, nu este), iar aplicarea lui nu ar întâmpina nici o rezistență, nici o critică (ceea ce nu este cazul), lucrurile s-ar prezenta identic modelului excluziționist impus odată cu sfârşitul evului mediu de civilizația occidentală.

"Căci un alienat este de asemenea un om pe care societatea n-a vrut să-l asculte şi pe care s-a străduit să-l împiedice a emite propriul lui punct de vedere"[3].

În raport cu această tendință de excludere, pe care a înfăptuit-o cultura ocidentală, *vis-à-vis* de bolnavul mental din varii motive şi care a construit neîncetat în jurul său un personaj ratat al formelor normale echilibrate şi corecte, ca pe un ratat al grupului sub toate dimensiunile sale, "țap ispăşitor" al răului social, ne apare astfel imageria monstruoasă, ca de ghilotinare de eşafod iacobin, a discursului clasic psihiatric (astfel că E. Kraepelline considera că un "nebun este bun doar mort"), unde se impune şi se învață stereotipia reacției față de bolnavul mental[4].

Acest fapt constituie unul din punctele nevralgice ale inițierii procesului terapeutic față de cei care în mod vizibil şi evident au probleme de natură psihică, teama de tratamentul clasic aplicat de instituția psihiatrică şi, nu în ultimul rând, de societate, conducând la refuzul lui.

Mai mult decât atât, ideile învățate, legate de comportamentul nebunilor, cum sunt considerați şi tratați de către ceilalți şi cum pot s-o sfârşească, îl tulbură pe cel care are probleme de natură psihică şi îl conduce la izolare şi tentative de a ascunde problemele reale pe care le are.

---

[3] A. Artaud, *L'exclusitation,* Paris, Gallimard 1968, p. 238.
[4] T. Scheff, *Being Mentally Ill*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1966, p. 263.

Plecând de la cele afirmate de J. Lacan cu privire la nebunia ca formă fundamentală de expresie a limitei raționalității noastre și de formă, în același timp, a limitelor experienței umane, imageria radicală despre nebunie tinde să ne facă să uităm că ceva se comunică prin intermediul nebuniei, ceva ce noi refuzăm adesea să acceptăm pentru a nu modifica fie și un precar echilibru al ordinii vieții noastre. Pe de altă parte, păstrând această notă reflexivă, nebunul ne reamintește că ceva nu este cum s-ar cuveni în raționalitatea dominantă, că există o alternativă la propriul nostru mod de a concepe realitatea, o experiență în același timp umană, dar diferită de cea a majorității, care impune regula normalității. În acest fel, psihoticul nu este niciodată un revoluționar, este un revoltat care nu ajunge să-și exprime revolta decât la nivelul propriului său mod de a se construi pe sine ca Eu.

Autenticitatea trăirilor individului uman este pusă între paranteze, celălalt (nebunul, străinul, tiganul, evreul, bolnavul, homosexualul copilul din perspectiva freudistă ori lacaniană) fiind supus mijloacelor corective, coercitive, represive, instituționalizate de către societate.

Desigur, normalitatea este determinată și impusă cultural, are coduri prescriptive și chiar mitice diferite, maniera de raportare la cel care se abate de la ea fiind sancționată diferit. Altfel spus, modul "corect" de a fi nebun diferă în funcție de cultură, fapt ce-i conduce pe opozanții psihiatriei clasice să afirme că simptomul nu are o existență în sine; el are o semnificație și o funcție doar pentru subiectul și mediul căruia îi este destinat.

Așadar, antipsihiatria afirmă că nebunia nu apare ca o boală acolo unde nu există psihiatru: ea este o abatere față de norma socială, normalitatea majorității.

J. L. Borges, în celebra carte *Moartea și Busola*, punea explicația normalității funcție de cauza majorității, recurgând la metafora "fântânei nebuniei", astfel încât regulile glisează, sunt schimbate peste noapte în mod nefiresc din nebunie în normalitate, din firesc în nefiresc, contra oricărei logici a bunului simț.

Împăratul din povestea lui Borges rămâne ultimul nebun sănătos într-o lume a sănătoșilor nebuni, aceștia din urmă impunând

violent voința lor voinței propriului lor univers, sfârșitul fiind cel pe care istoria îl impune mereu, majoritatea decide soarta minorității.

În aceeași ordine de idei, Ruth Benedict consideră, în lucrarea *Patterns of Culture,* că "... ceea ce trece în cultura occidentală drept fapt patologic, în alte culturi (în cele primitive) trece drept fapt de normalitate"[5].

I.2. Normalitate și Boala Psihică. Boala Psihică și Tulburarea Mentală

Fără nici o îndoială, abordarea clinică a bolnavului psihic trebuie sa înceapă cu delimitarea conceptului de normalitate *versus* anormalitate în psihiatrie, demers extrem de anevois și, în aceeași măsură, de complex.

Conceptul de tulburare mentală, în chiar spațiul nostru de viață are propria lui istorie, propriul lui curs, ajungând să se transforme, dintr-o boală rezervată unor dezmoșteniți ai sorții ("prostul satului"), sau dintr-o boală antamată doar celor cu timp de "huzur și răsfățuri" (boală boierească), într-o boală endemică a zilelor noastre, întreaga societate contemporană fiind, potrivit lui G. Deleuze și lui F. Guatari, un câmp al deconstrucției umane, al constrângerilor de tip schizofrenic[6]. Pentru delimitarea clinic conceptuală a acestor termeni au fost, așadar, întâmpinate o serie de dificultăți. Aceste dificultăți au fost și sunt legate de reabilitarea imaginii și statutului bolnavului psihic, considerat ca un rebut, o anomalie, cel mult o curiozitate. Or, el este un om aflat în suferință, confruntat cu o serie de probleme determinate de starea lui de boală și care, în cele mai multe cazuri, îi pot schimba în mod dramatic și radical viața.

În acest fel, sănătatea mentală sau normalitatea constituie în contextul psihiatriei actuale, precum și a celorlalte discipline ale socio-umanului interesate de această problematică – așa cum este asistența socială, o preocupare majoră. Există implicații noi, greu de transpus în măsuri reale de prevenție și terapie, a acceptării

[5] Ruth Benedict, *Patterns of Culture*, Boston, Ed. Houghton, 1934, p. 147.
[6] G. Deleuze, F. Guatari, *op. cit.*

definiției normalității, concepută ca "sănătate mentală" și percepută ca antonimul bolii mentale. Cu o asemenea acceptare a sănătății mentale, ca fiind absența unei psihopatologii, cu semne de prezență clinică grosieră, nu se pot construi concepte ca "sănătate mentală" și "normalitate", în noua orientare de promovare a politicii de sănătate mentală, la toate nivelele socialului. Se impun, astfel, concepte noi, definiții noi, precise și operaționale, care să poată permite aplicarea noilor trenduri de orientare spre o reală psihiatrie preventivă. În acest sens, programele naționale de sănătate mentală au stimulat acest efort de delimitare a normalului de patologic, care continuă să ramână, încă, o problemă nesoluționată. Este plătit, încă, un tribut orientării scolastice impusă de psihiatria clasică, care face ca mulți psihiatri să poată identifica comportamentul anormal și boala psihică, dar nu și normalitatea.

Studierea unor grupuri de populație cu diverse maladii psihice, precum și a unor grupuri de populație aparent sănătoase, va permite elaborarea unor metodologii, care să răspundă noilor imperative.

O definiție univocă, general acceptată a ceea ce este normalitatea nu există, deși acest demers a fost făcut cu multă stăruință în ultimele decenii.

În acest sens, D. Offer și M. Sbashin au abordat acest concept din patru perspective, pe care le vom prezenta ceva mai departe[7]. Ei au încercat să readucă în prim plan punctul de vedere exprimat de către K. Jaspers, conform căruia terapeutul trebuie să fie empatic și să se racordeze cu nivelul "lumii personale" a pacientului, pentru că numai în acest fel poate fi obținut un rezultat bun. Potrivit lui Jaspers, principala carență a psihiatriei clasice este aceea de a încerca să explice stările sufletești, numai prin prisma sistemului de semne clinice.

R. Cambell[8] încearcă o definiție a normalului în spiritul fenomenologiei lui K. Jaspers: "Persoanele normale psihic sunt acele persoane care se află în armonie cu ele însele și cu ambientalul în care își desfășoară existența. Ele pot avea devieri în starea

[7] Vezi C. Frieddmann, *Psihiatrie*, Constanța, Ed. Exponto, 2000, pp. 30-31.
[8] R. Cambell, *Psychiatric Dictionary*, ed. 7, New York, Oxford University Press, 1995. p. 447.

de sănătate dar, atâta timp cât acestea nu afectează capacitatea lor de judecată, capacitățile lor intelectuale şi, mai ales, aptitudinile lor de adaptare socială şi personală în perfectă armonie, ele pot fi considerate psihic în stare de perfectă normalitate". Această definiție pare a fi ideală, însă este foarte greu de operaționalizat. Ființa umană este, însă, contradictorie şi paradoxală. Acest lucru poate conduce la situația în care aceasta se poate comporta secvențial, când normal, când anormal.

Toate analizele conduc la concluzia că normalitatea este un concept cu un puternic determinism cultural. Spre exemplu, homosexulalitatea a fost tolerată, ca o formă de expresie normală a sexualității umane, în Roma şi în Grecia antică, şi a fost din nou acceptată în societățile de tip occidental, inclusiv în România, după o perioadă de dezavuare şi interdicție de câteva secole.

Normele cultural-antropologice definesc dimensiunea normalității multor conduite umane. Epilepsia sau "Morbus sacer" era considerată în antichitate o stare sacră de comunicare a omului cu zeii şi nu era socotită o boală mentală.

S. Freud considera că normalitatea este exprimată în felul următor: "... un eu normal este ca normalitatea în general, o ficțiune ideală"[9]. Definiția lui O. Rank merge într-o direcție extremă şi consideră că: "Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție, obsesia păcatului, fără angoase şi în deplină responsabilitate a asumării propriilor acte şi consecințe"[10].

Revenind la cei doi autori mai sus menționați, Offer şi Sabhin, metodologia concepută de ei în legătura cu noțiunea de normalitate cuprinde patru perspective, după cum urmează:

• *Normalitatea ca stare de sănătate*

Această perspectivă implică excluderea prezenței oricărei manifestări de psihopatologie. Dacă comportamentele ar fi reprezentate pe scara lineară, ca un continuum, în care cea mai mare parte ar reveni normalității, în timp ce anormalului nu i-ar rămâne decât o mică parte. Modelul medical este simplist şi nu satisface

[9] Cf. E. Fromm, *The Crisis of Psychoanalysis*, Harper & Row Publishers, 1978, p. 217.
[10] Cf. *Ibidem.*

celelalte deziderate valabile doar pentru normalitatea concepută statistic.

• *Normalitatea ca utopie*

Din această perspectivă, normalitatea este înțeleasă ca un amestec de diverse funcții mentale, a căror activitate optimă culminează în normalitate.

• *Normalitatea ca medie*

Această perspectivă abordează subiectul pe principiile matematice ale curbei Gaussiene, cu repetiție a cazurilor de subiecți normali pe baza testelor psihologice, așa cum este testul Rorschach, iar cazurile deviante sunt plasate la ambele extreme ale curbei.

• *Normalitatea ca sisteme trazaţtionale*

În acest caz, normalitatea este abordată ca proces ce implică studierea modificărilor în timp ale unor funcții, ea fiind rezultanta interacțiunii dintre sisteme, pe o desfășurare longitudinală în timp, fără secțiuni transversale (secvențiale), de studiere a fenomenelor. Normalitata-ca sisteme tranzacționale-surprinde variabile din multe domenii, urmărite în timp și folosește principiile teoretice ale funcționării sistemelor generale ale lui von Bertalanffy, iar coroborarea metodologiilor din celelalte trei perspective conduce la o mai completă definire a modelului tridimensional al lui Engel (bio-psiho-social). Cele șapte cicluri ale vieții, pe care le parcurge o persoană, până la maturizare deplină – descrise și explicate de E. Erikson – reprezintă o abordare de tip tranzacțional procesual[11]. Dezvoltarea secvențială a ciclurilor vieții se face secvențial, având la bază conceptul epigenetic, prin care Erikson înțelege negocierea fiecărei etape, înainte de trecerea spre o nouă etapă de dezvoltare a personalității.

În ceea ce privește tulburarea mentală, în D.S.M. IV TM termenul implică, din nefericire, o distincție între tulburările mentale și cele somatice, ceea ce conduce la un reducționism între corp și minte, suflet, reducționism care ar trebui totuși depășit. Foarte

[11] E.H. Erikson, "The Life Cycle", în *Interntional Encyclopedia of the Social Science*, New York, Macmillan, 1968, p. 459.

multe lucrări de specialtate au pus în evidenţă, în ultimul timp, faptul că există mult "somatic" în tulburările "mentale", şi mult "mental" în tulburările "somatice". D.S.M. IV TM deşi prevede o clasificare a tulburărilor mentale, în definiţiile pe care le propune nu sunt specificate limite precise pentru termenul de tulburare mentală. Acest concept de tulburare mentală, la fel ca multe alte concepte proprii cunoaşterii ştiinţifice, este lipsit de o definiţie operaţională adecvată, care să acopere toate situaţiile în care este solicitat. În acest sens, tulburările mentale au fost definite printr-o varietate de concepte, aşa cum sunt cele de: detresă (suferinţă, durere, mizerie, supliciu), discontrol, dezavantaj, incapacitate, iraţionalitate, inflexibilitate, patern sindromic, etiologie şi deviaţie statistică. Fiecare din ele este un indicator util pentru o tulburare mentală, dar nici unul nu este echivalent cu conceptul, şi situaţii diferite reclamă definiţii diferite.

În D.S.M. IV TM, fiecare tulburare mentală este conceptualizată ca un sindrom sau patern comportamental sau psihologic semnificativ din punct de vedere clinic, care apare la un individ, şi care este asociat cu o detresă – un simptom prezent supărător – sau incapacitate – adică, deteriorarea în unul sau mai multe domenii de funcţionare semnificative – sau cu un risc mare de a suferi moartea, durerea, infirmitatea, sau pierdera libertăţii. De subliniat este faptul că sidromul sau paternul nu trebuie să fie un răspuns expectabil şi sancţionat cultural la un anumit eveniment, cum ar fi pierderea unei persoane apropiate. Astfel că, indiferent de cauza care l-a generat, sindromul sau paternul este considerat ca o manifestare a unei disfuncţii comportamentale, psihologice sau biologice la un individ. Considerăm că este forţată nota prin care sistemele internaţionale de clasificare a bolilor psihice, aşa cum sunt D.S.M. IV TM şi CIM 10, clasifică mai degrabă indivizi, pe când în realitate ceea se clasifică sunt tulburările mentale. Forţarea acestei note a făcut ca ea să fie contrabalansată de utilizarea în D.S.M. IV TM a sintagmelor de "individ cu schizofrenie" şi nu de schizofrenic. Există o diferenţă semnificativă în utilizarea termenilor în raport cu aceeaşi entitate clinică care este schizofrenia, cât şi a raportului dintre aceasta şi insul diagnosticat cu ea, între cele două mari sisteme internaţionale

de clasificare a bolilor psihice care sunt: D.S.M. şi C.I.M.. În acest fel, în D.S.M. IV TM schizofrenia este abordată ca fiind o "tulburare mentală", în timp ce în C.I.M. 10 aceasta este numită prin sintagma de "boală mentală". Credem că termenul utilizat de către D.S.M. IV TM de "tulburare mentală", pentru clasificarea nosologică a schizofreniei, spre exexemplu, cât şi a celorlalte suferinţe de ordin psihic, precum şi adăugarea sintagmei de sindrom pentru descrierea şi înţelegerea lor, sunt mult mai potrivite pentru a acoperi realitatea acestora, decât termenul utilizat de către C.I.M. 10 de "boli mentale".

I.3. Excluderea socială a bolnavului psihic

"A mânca sau a fi mâncat, iată legea junglei. A defini ori a fi definit, aceasta este legea omului", spune Thomas Szasz, care continuă: "... lupta pentru verb este o chestiune de viaţă şi moarte. O scenă de acum clasică a filmelor de western ne înfăţişează doi oameni luptându-se cu disperare pentru a recâştiga o armă căzută pe pământ. Cel care o atinge primul trage şi îşi salvează pielea; celălalt, dimpotrivă, este doborât şi moare. Miza nu este în realitate o armă, ci o etichetă: cel care reuşeşte să o aplice primul iese învingător din bătălie, celălalt, etichetat, este redus la rolul de victimă"[12].

Şi istoria ne oferă celebrul puci al psihiatrilor, eşuat în 1938, care avea în vedere internarea lui Hitler în temeiul diagnosticului de maladie mentală. Bătălia a fost pierdută pentru că aceştia au fost etichetaţi drept trădători. Raţionamentul care se poate construi în urma acestui exemplu este simplu: boala psihică nu are atât o realitate determinată de cauze endogene, ci este realitatea unei etichetări manipulatorii, având drept consecinţe excluderea prin internare, prin azilare a celui etichetat (diagnosticat).

În continuarea aceluiaşi raţionament, societatea prin instrumentul psihiatric şi azilar se transformă într-un terapeut ce-şi asanează voit şi forţat membrii ce nu răspund regulilor realităţii status-quo-ului social existent. De exemplu, celebrul dizident din

[12] Thomas Szasz, *Le mythe de la Maladie Mentale*, Paris, Payot, 1975, p. 89.

epoca sovietică, Leonid Plioutch, după ce a fost externat (eliberat) din spitalele, aşezămintele psihiatrice sovietice şi a reuşit să ajungă în Austria, a fost declarat de către psihiatrii de aici ca fiind doar obosit şi în acelaşi timp sănătos la minte. Eticheta nebuniei a funcţionat şi funcţionează ca mijloc manipulator, de ocultare a acţiunilor reprobabile. Tot ca exemplu, putem face referire la „celebrul" asasin al preşedintelui Kenedy, Lee Oswald, acesta fiind declarat nebun.

Maniera prin care societatea îşi impune regulile, normele, şi îşi exercită puterea este identificată la nivelul limbajului, acesta din urmă având forţa prescriptivă şi coercitivă de a controla indivizii ca membrii ai unei colectivităţi. În acest sens, fiinţa umană este sensibilă la forţele verbilizatoare, fiindcă chiar din copilărie s-ar afla la discreţia primilor săi destinatori, părinţii. Aceştia caută să-şi iniţieze copilul în respectiva putere, în aşa fel încât să-i favorizeze independenţa, în alte cazuri, însă, ei o vor folosi împotriva lui. Limbajul devine agent social patogen, acţionând ca suport al constrângerii psihice, constrângere care urmăreşte în general să ascundă, să oculteze, un conflict familial sau social şi să-l atribuie unui singur membru din grup desemnat ca agent patogen. De aceea, primul semn al nebuniei este identificat la nivelul capacităţii de construcţie a limbajului, de realizare a comunicării; de pildă, schizofrenicul fiind într-o relaţie de înstrăinare faţă de limbaj (cel corect, normal), dezvoltă un alt tip de limbaj, anume cel delirant şi verbigeratoriu.

Excluderea socială poate lua şi forma autoexcluderii, autismul şi incapacitatea de a comunica, atât verbal cât şi emoţional afectiv, fiind de fapt o soluţie de ieşire din impasul existenţial. Astfel, în lucrarea sa *Le Moi Divise*, Roland Laing afirmă în ce priveşte confuzia mentală, atât de frecventă la schizofrenici, că este o recurgere deliberată şi o "... încâlceală ca la un ecran de fum în spatele căruia subiectul se ascunde". Tot el continuă prin a afirma că se crează o situaţie paradoxală, în care schizofrenicul joacă adesea rolul psihoticului: "O bună parte din schizofrenie este un simplu non-sens, discurs al diversiunii, manevra obstrucţiei, destinata să-i îndepărteze pe oamenii periculoşi, să suscite la celălalt plictiseala şi un sentiment al inutilităţii. Schizofrenicul îşi bate joc de multe ori, de medic şi de el însuşi. El se «preface» că este nebun

pentru a se sustrage cu orice preţ de la responsabilitatea vreunei idei sau a unei intenţii coerente"[13].

Fenomenul excluderii bolnavilor psihici este general şi tratat de la începutul epocii moderne, în raport cu alte fenomene sociale considerate negative, cum ar fi hoţia, crima, violul, prostituţia, cerşetoria. În cartea sa *Istoria Nebuniei în Epoca Clasică,* Michel Foucault arată că la mijlocul secolului al XVII-lea universul nebuniei devine un univers al excluderii. Astfel, în toată Europa se construiesc aşa-numitele spitale generale, care nu aveau nimic comun cu spitalele moderne de astăzi, şi în care erau primiţi, în afară de nebuni, "... o serie întreagă de indivizi foarte diferiţi unii de alţii, cel puţin după criteriile noastre de percepţie: cerşetori, săraci, invalizi, libertini, bătrâni în mizerie, exilaţi, şomeri îndărătnici – pe scurt, toţi cei care în raport cu ordinea stabilită de raţiune, de morală şi de societate, dau semne de «dereglare». În spitalele generale intră cel care nu poate şi nu trebuie să facă parte din societate" [14].

I.4. Fenomenul de boală mentală şi modelele de cercetare ale acestuia

Abordarea bolilor mentale ca fenomen, ce influenţează nu numai bolnavul afectat, ci şi pe cei din jurul său, reprezintă o realitate ce nu poate fi pusă sub semnul întrebării.

Din acest motiv, noi vom avea în vedere, în lucrarea de faţă, pe individul bolnav, nu doar izolat, ci din perspectiva raporturilor sale cu ceilalţi: familia, grupul de prieteni, grupul de muncă. În acest fel, intervenţia actului de Asistenţă Socială se dimensionează la ansamblul realităţii vieţii individului aflat în dificultate, atât cât este posibil, astfel ca reinserţia socială să se producă.

Individul bolnav psihic se găseşte într-o situaţie excepţională, el confruntându-se cu o serie de probleme ce îi schimbă în mod dramatic viaţa. Acesta, în cele mai multe dintre cazuri, trăieşte un sentiment de alterare a propriei vieţi, o senzaţie că nu-şi mai trăieşte

[13] R. Laing, *Le Moi Divise*, Paris, Stock, 1970, p. 233.
[14] M. Foucault, *Istoria Nebuniei în Epoca Clasică,* Bucureşti, Ed. Humanitas, 1996, p. 85.

viaţa în aceleaşi condiţii ca înainte de declanşarea bolii, neştiind în mod sigur ce anume trebuie să facă pentru a ieşi din impasul în care se află.

Libertatea, autocontrolul sunt excluse din viaţa individului bolnav, prin însăşi situaţia de tulburare mentală pe care o trăieşte; el îşi pierde, în multe situaţii, capacitatea de decizie raţională. Această pierdere a libertăţii şi controlului, şi tentativele ce-l conduc la soluţii nereuşite, repetitive, opresc dezvoltarea personalităţii. Este elementul prin care tulburările psihice se deosebesc de problemele şi fazele critice ale vieţii normale.

Ideile de anxietate, de deviere, de dezordine şi de alterare se regăsesc în modul în care limbajul descrie tulburările psihice: "e sărac cu duhul", "ceva nu este în regulă", "este straniu, bizar", "îi lipseşte o doagă", "este nebun", "anormal", "este sărit " etc. Şi este interesant de văzut că limbajul curent nu consideră sinonime aceste calificative, ci distinge stadiile de gravitate, mergând de la ceea ce este "încă normal până la anormal" şi evident "patologic". Aceşti ultimi termeni sunt utilizaţi atunci când un comportament depăşeşte ceea ce se înţelege în mod curent prin "normal", sau îi scapă şi are nevoie de un alt tip de explicaţie care s-ar găsi în boală.

În ultimul timp, se observă că în disciplinele specializate în studiul tulburărilor mentale – psihiatria, psihopatologia, psihologia clinică – au reapărut noţiunile întâlnite la nivelul experienţei trăite şi al limbajului curent. Însă, toate aceste noţiuni empirice sunt sistematizate în modelele ştiinţifice cu privire la boala psihică. Astfel, conceptul de boală poate însemna:

- o experienţă subiectivă de rău, indispoziţie şi handicap;
- o modificare a corpului şi a persoanei în ceea ce priveşte starea de bine, comportamentul şi nivelul de performanţă.

Discutăm despre "boală" în termeni de obiectivitate, însă despre "fiinţa bolnavă" trebuie să afirmăm că starea ei este desemnată subiectiv, fiind o experienţă individuală. Notiunea opusă celei de "boală" este cea de"sănătate", aceasta din urmă desemnând:

- starea de bine corporal, psihic şi social;
- absenţa bolii, adică absenţa degradărilor biologice la nivelul structurilor şi proceselor corporale;
- capacitatea de performanţă optimă a individului în realizarea rolurilor şi sarcinilor pentru care a fost socializat.

Boala nu se defineşte doar prin criterii obiective, în cazul tulburărilor psihice acestea lipsind de cele mai multe ori. Judecăţile de valoare pot, de asemenea, să joace un rol important în determinarea acesteia; în consecinţă, putem spune că nu există încă o definiţie general acceptată a sănătăţii şi a bolii. Riscăm, totuşi, una din posibilele definiţii făcute din perspectiva culturală şi pragmatică. Aceasta poate face distincţia între starea de boală şi starea de sănătate, în funcţie de diagnosticul pe care îl pune medicul, atunci când cel diagnosticat se află într-un spaţiu clinic. Astfel că, diferitele moduri de a înţelege tulburările psihice pot fi prezentate, spre exemplu, prin trei modele[15]:

1. "MODELUL MEDICAL" care are ca punct de plecare lucrările lui Ch.Koch şi J.Pasteur. Potrivit acestora, cauza bolii trebuie căutată într-un factor specific care poate fi de natură diferită (metabolică, bacteriologică, virală, toxică etc). Acest factor patologic specific este suficient pentru a explica procesul patogen fără a fi nevoie de alţi factori, ca cei psihologici sau sociologici.

La sfârşitul secolului al XIX-lea, acest model "infecţios" simplificator şi unicauzal a fost aplicat în general tulburărilor psihice şi a exercitat o mare influenţă asupra modului în care erau înţelese în medicină comportamentele deviante şi tulburările psihice. Potrivit acestui model organicist, se consideră că boala mentală nu poate fi decât o boală a creierului, această aserţiune fiind făcută în cel mai pur spirit pozitivist. Consecinţele aplicării acestui model tulburărilor psihice pot fi rezumate astfel:

- comportamentul anormal şi tulburările psihice sunt înţelese ca simptome ale unei boli ascunse;
- această boală este în individ şi trebuie descrisă ca o entitate morbidă având o cauză şi o dezvoltare specifică;
- adevăratele cauze ale bolii sunt somatice (adică sunt în corp);
- caracteristicile menţionate au drept consecinţă faptul că procesele patogene se desfăşoară independent de pacient şi de mediul înconjurător, după legile factorilor somatici proprii individului.

---

[15] S. Ionescu, *Quatorze approches de la psychopathologie*, Paris, Nathch, 1991.

După acest "model infecțios", cunoașterea și tratamentul tulburărilor psihice se sprijină pe studiul factorilor somatici, factorii psihosociali jucând un rol secundar, în cel mai bun caz.

Mai mult decât cele prezentate până acum, psihiatrul H. Ey, una dintre figurile cele mai importante ale psihiatriei secolului al XX-lea, consideră că, în ceea ce privește condițiile nașterii psihiatriei, ele au fost dezastruoase pentru bolnav.

Jean Christian Delacampagne aprecia că: "Organismul nu este, în psihiatrie, o ideologie oarecare, nici un pol, printre altele, al cercetării psihopatologice: este polul fundamental și ideologia de bază, aceea la care psihiatria revine mereu"[16]. Întemeiată pe ideea că răspunsul la chestiunile ridicate de boala mentală aparțin, apreciază același autor, deopotrivă, savantului și viitorului, organismul prezintă, în plus, avantajul de a retrage profanului dreptul la cuvânt – el este somat să se încline înaintea specialistului, precum și de a alimenta ficțiunea că într-o zi se va cunoaște totul despre chimia psihozelor.

Că bolile mintale nu pot fi reduse la tratamentul fizico-chimic o afirmă și Th. Szasz atunci când face următoarea apreciere: "Dacă credeți că sunteți Isus sau credeți că ați descoperit un remediu împotriva cancerului (ceea ce nu e cazul), atunci e probabil că aceste convingeri vor fi interpretate ca simptome de schizofrenie. Dar dacă credeți că evreii reprezintă poporul ales, ori Isus este fiul lui Dumnezeu, sau comunismul – unica formă de guvernare justă-științific și moral, atunci convingerile vă vor fi socotite ca produsul a ceea ce sunteți: evreu, creștin, comunist. De aceea, eu cred că nu vom descoperi cauzele clinice ale schizofreniei decât atunci când vom descoperi cauzele clinice ale iudaismului, ale creștinismului și comunismului. Nici mai devreme, nici mai târziu"[17].

Punctul de vedere conform căruia boala mentală este de origine endogenă îi aparține lui Emile Kraepelin, considerat de foarte mulți ca fiind părintele psihiatriei moderne. Tot Kraepelin era de părere, la începutul sec. al XX-lea, că orice bolnav psihic "alienat

[16] Jean Christian Delacampagne, *Figures de l'oppresion*, Paris, P.U.F., 1977, p. 73.
[17] T. Szasz, *Le mythe de la maladie mentale*, ed. cit., p. 173.

reprezintă un pericol permanent, atât pentru el, cât şi pentru ceilalţi, aşa încât azilul îi apărea ca o soluţie prin care societatea se protejează pe sine faţă de nebuni"[18]. În psihiatrie, "modelul medical" a fost cu timpul contestat.

2. MODELUL "PSIHOLOGIC" şi cel "PSIHOSOCIAL". Lipsa de sens a simptomului pentru psihiatria clasică, capătă sens, printr-un demers hermeneutic pentru psihanaliză, respectiv pentru întemeietorul ei, Sigmund Freud. Pentru acesta, simptomele nu sunt atât semne ale unei boli, cât mai ales un mesaj trimis spre interpretare de un individ care nu se poate exprima decât prin intermediul lor. Spre deosebire de Kraepelin, care realiza o diferenţă absolută între individul sănătos mental şi cel alienat, Freud leagă nebunia de însaşi destinul omului şi susţine că există un continuum, unde nu se cunoaşte exact nici începutul, nici sfârşitul sănătăţii mentale.

Modelul "psihosocial" a apărut din critica modelului "infecţios organicist", şi explică tulburările psihice prin factori psihici şi sociali. Terapia comportamentală, de exemplu, este concepută ca o aplicare a cunoştintelor ştiinţifice din domeniul psihologiei la înţelegerea şi la soluţionarea problemelor psihice. În această terapie bazată pe teoriile învăţării, tulburările psihice nu sunt înţelese ca fiind consecinţele factorilor somatici (boala), ci ale unui mediu şi ale unui proces de învăţare nefavorabil.

Ştiinţele sociale, mai ales cercetările autorilor teoriei etichetării privind devianţa socială, au criticat abordarea unilaterală somatică a cauzei tulburărilor psihice propusă de modelul medical clasic[19], care nu neagă influenţa acestor factori, dar estimează că trebuie relativizată, propune să analizăm tulburările psihice în termenii învăţării de roluri. Atribuirea etichetelor diagnostice unui pacient i se pare a fi un factor crucial, pentru că acest proces va influenţa, prin calea indirectă a reprezentărilor stereotipice privind tulburările psihice, atât comportamentul pacientului cât şi reacţiile

[18] Cf. *Ibidem*, p. 174.
[19] J. J. Scheff, *Being Mentally IIIA Sociological Theory*, Chicago, Aldine, 1966, p. 277.

celor din jur. Pacientul este, astfel, condus să se identifice cu un rol deviant. Fără atribuirea unui astfel de diagnostic, tulburarea ar fi fost o uşoară deviere de la normal, n-ar fi devenit atât de importantă şi ar fi fost trecătoare.

Punctul de vedere al antipsihiatriei reprezentată de Th. Szasz subliniază, de asemenea, rolul jucat de atribuirea de diagnostic şi de condiţiile de socializare deteriorate. Prin urmare, aceşti autori pun accentul pe unul sau pe altul din aspectele de natură interpersonală, familială sau social-globală. Avantajele unui asemenea model, cum este cel psihosocial, pentru cunoaşterea fenomenului de boală mentală, rezidă din faptul că el situează studiul tulburărilor psihice în câmpul ştiinţelor sociale empirice, sporind astfel şansele unei mai bune înţelegeri a acestuia, din perspectiva ştiinţifică şi practică.

Acest model pune în evidenţă factorii psihici şi sociali neglijaţi de modelul medical. Aceasta are drept consecinţă nu doar o mai bună definiţie a obiectului psihologiei clinice, ci şi dezvoltarea metodelor psihologice de intervenţie. Trebuie subliniat, în acelasi timp, că acest model nu este suficient în toate cazurile de boală psihică, el având limite interpretative şi practice în ceea ce priveşte cazurile, evident, somatice.

3. MODELUL "BIOPSIHOSOCIAL". Acesta reprezintă un model de sinteză, care spre deosebire de primele două modele încearcă să evidenţieze interacţiunea factorilor biologici, psihici şi sociali în situaţia caracteristică fenomenului de boală psihică.

Ipoteza patogenezei multifactoriale stabileşte că, exceptând cazurile rare, bolile somatice, ca şi tulburările psihice, sunt rezultatul mai multor factori ce se găsesc într-o interacţiune constantă.

În ceea ce priveşte patogeneza, acest model stabileşte, în plus, că nu există distincţie între tulburările fizice şi tulburările psihice. Aceasta înseamnă că factorii biologici pot interveni în geneza tulburărilor psihice. Orice tulburare, fie ea de natură somatică sau psihică, este cauzată de factori psihologici şi somatici. "Alegerea bolii", de exemplu, faptul că o serie de situaţii stressante nu lasă urme, diminuează randamentul muncii sau duce mai degrabă la tulburări coronariene decât caracteriale, depinde de factori multipli

în interacțiune. Acești factori sunt în același timp somatici, psihici și sociali: sensibilitatea organelor, reactivitatea sistemelor psihologice, factorii de risc tradiționali (caracteristicile sanguine, tabagismul, lipsa exercițiului fizic etc.), natura și durata stresului, cât și modul în care o persoană de o anumită vârstă, având o anumită personalitate și o anumită strategie de gestionare a stressului, înțelege, suportă și controlează situațiile de stress într-un context anume.

În psihiatrie, importanța acestui model a fost pusă în evidență de L. Eisenberg[20], iar în psihologia clinică de W. Wittiling[21], care l-a folosit pentru a arăta cum intervin factorii psihosociali în geneza bolilor somatice.

I.5. Între discursul științific și demersul pragmatic; psihiatria socială și asistența socială a tulburărilor mentale

Comunitățile și grupurile umane trăiesc și au trăit în mod diferit experiența bolii psihice, fapt ce pune în evidență multitudinea de determinări și condiționări sociale, pe deasupra caracteristicilor biologice global umane. Situația de boală psihică exprimă, inevitabil și întotdeauna, rezultatul unui proces de interacțiune între biologia umană și organizarea socială, proces în care cultura ocupă o poziție centrală. Astfel că tulburarea psihică poate fi înțeleasă cu adevărat numai din perspectiva unui model complex socio-medical. Din acest punct de vedere, nu pot fi încurajate acele poziții antipsihiatrice (antimedicale) care consideră că boala psihică este produsul exclusiv al mediului social. În fapt, comportamentul psihopatologic rezultă, fără doar și poate, din interacțiunea organismului cu mediul său socio-cultural de viață.

Este posibil ca genetica să reușească să explice mult mai mult etiologia bolilor psihice, însă nu trebuie ignorat punctul de vedere

---

[20] L. Eisenberg, "Psychiatry and Society: a Sociological Syntesis", in *Journal of Medicine*, New Englend, 1977, p. 543.

[21] W. Wittiling, *Hand buch der klinischen Psychologie*, Hamburg, Hoffman & Campe, 1980, p. 300.

socio-cultural, care pune în evidență că structurile socio-culturale pot cauza sau influența psihopatologia umană.

Ceea ce putem concluziona este faptul că boala se manifestă ca un efect al combinării unei predispoziții genetice cu comportamentul social controlat și structurat de formele instituționalizate ale colectivităților umane, de modele culturale existente la un moment dat. În fapt, legile geneticii nu acționează decât în cadrul societății, fiind dependente în cea mai mare măsură de regulile endogamiei și exogamiei consacrate și controlate în mod social. Astfel că Roger Bastide, în lucrarea *Sociologie des Maladies Mentales* afirma că: "Teoria genetică postulează considerarea unei poziții prealabile de ordin sociologic; ea nu o distruge"[22].

În felul acesta putem spune că tulburările psihice se dezvoltă mai favorabil pe un anumit teren decât pe altul, iar această evidențiere aduce în centrul atenției problemele generale și specifice ale sociogenezei, adică ale influenței globale și a mediului social. Există, deci, modele culturale ale nebuniei (ale bolii psihice).

Cercetările etnopsihiatrice consideră că majoritatea culturilor au unul sau mai multe modele de nebunie: "cîinele nebun care vrea să moară" al indienilor din America de Nord, "bersek"-ul vickingilor, "amok"-ul malaiezienilor, "tarantela" siciliană, "koro" al chinezilor și, în sfârșit, *schizofrenia* occidentală.

Semnalând variațiile bolilor psihice în raport cu diferitele grupuri și medii sociale, statisticile demonstrează validitatea sociogenezei și indică existența unei corelații între dezorgonizarea socială și cea personală, care nu se datorează hazardului.

Tendințele morbide ale indivizilor umani sunt amplificate de societatea în care trăiesc, societate ce produce condiții care determină comportamentul de natură psihopatologică. Tot ea, societatea, fixează criteriile de diagnostic și impune normele de evaluare a comportamentului. Astfel, sănătatea ca și boala, trebuie să fie considerată în sens retrospectiv și prospectiv, și în funcție de mediul individului, ca o rezultantă a forțelor contradictorii apreciate ca fiind pozitive sau negative în raport cu obiectivele viitoare fixate de judecățile noastre de valoare.

---

[22] R. Bastide, *Sociologie des Maladies Mentales*, Paris, Flammarion, 1977, p. 101.

Această subliniere ne conduce la o mai bună înțelegere a resorturilor sociale ale bolii psihice şi faptul că în explicarea ei convergentă de preocupări ale psihiatrului, psihologului, sociologului şi asistentului social aduce multiple contribuţii valide. Prin urmare, există un suport reciproc în înțelegerea realităţii tulburării psihice, psihiatria, sociologia şi actul de asistență socială îşi extind perspectivele de abordare şi câştigă tot mai mult în eficiență şi abordare.

Există, desigur, distincţii şi diferențe între obiectul psihiatriei sociale şi cel al sociologiei bolilor psihice, atât în ceea ce priveşte metodele, cât şi scopurile urmărite. În acest sens, R. Bastide afirma că există pentru psihiatria socială următoarele obiective: primul ar fi studiul remediilor şi mijloacelor utilizate de către societate în lupta sa contra bolilor mentale, considerate ca probleme sociale. Un alt obiectiv îl constituie, din aceeaşi perspectivă, studiul metodelor de instrucție şi formare a lucrătorilor sociali în domeniul psihiatriei şi al celor mai eficiente mijloace de reinserție a bolnavilor în societate; un altul îl constituie studiul metodelor de tratament prin intermediul comunităţii, al reeducării şi resocializării, al grupoterapiei şi ergoterapiei; şi, în sfârşit, ultimul obiectiv l-ar constitui evaluarea locului şi rolului factorilor sociali în etiologia bolilor psihice.

Toate aceste definiţii pun în evidență obiectivele practice ale psihiatriei în societatea contemporană şi faptul că ea nu mai poate ignora astăzi, în nici un caz, comportamentul social. Sociologia bolilor psihice, la rândul ei, îşi propune următoarele ținte: primul punct este reprezentat de stabilirea factorilor socio-culturali care au o legătură directă sau indirectă cu etiologia şi tratamentul medical, cu factorii de control social, cu normele şi valorile sociale; următoarea țintă o reprezintă evidențierea modalităților prin care procesele sociale şi modelele culturale sunt internalizate de persoană, influențează structura ei genetică şi sistemul său psihologic, reapărând apoi în contextul unor condiţii favorizante în diversele tipuri de tulburări comportamentale; ultima țintă a sociologiei bolilor psihice este dată de stabilirea prezenței sau absenței bolii psihice în organismul social.

Cele două serii de obiective se împletesc în mod unitar, astfel că, dincolo de deosebirile conceptuale şi metodologice, între cele două discipline, sociologie şi psihiatrie, există multiple puncte şi zone de sinteză comune. Aceasta este evidenţiată în cazul multor clienţi ce prezintă probleme de boală psihică.

Asistentul social este un specialist familiarizat cu limbajul şi conceptele atât ale modelului medical cât şi ale celui psihosociologic. Cu toate acestea, accentul pe care îl pune asistentul social este în mod esenţial diferit de acela al colegilor săi, astfel că, pentru el, de pildă, etiologia bolii şi diagnosticul sunt mult mai puţin importante, decât reacţiile, de fapt, ale pacientului şi ale impactului asupra cercului social mai larg în care acesta este cuprins.

Boala psihică de care suferă clientul este, din punct de vedere al asistentului social, ca tipologie, ca gnoseologie, mai puţin relevantă decât implicaţiile mai largi psihosociale ale acestuia. În lucrarea *Bolile mintale*, Alan Butler şi Collin Pritchard considerau că pentru a evalua pe deplin situaţia şi a oferi o intervenţie adecvată, asistentul social trebuie să aibă în vedere următoarele principii coordonatoare importante, considerând că: "Indiferent cât de clasice sunt simptomele, experienţa unor boli se manifestă prin intermediul personalităţii individului şi al circumstanţelor sociale specifice acestuia: în consecinţă, de fiecare dată când observăm o persoană bolnavă mintal, observăm o manifestare unică a sindromului"[23].

I.6. Asistenţa socială ca intervenţie socială şi psihologică

Teoria "neputinţei învăţate"[24] – neajutorarea fiind consecinţa unui răspuns învăţat –, sau teoria "limbajului depresiv"[25] – conform căreia limbajul clientului depresiv exprimă o proastă impresie

[23] A. Butler, C. Pritchard, *Bolile mintale,* Bucureşti, Ed. Alternative, 1993.
[24] M.E.P. Seligman, *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman, 1975 p. 66
[25] A.T. Beck, J. Bush, Band Emery Shou, *Cognitiv Therapy of Depression*, New York, Harper, 1979, p. 143.

despre sine, ceea îl conduce la un presentiment al înfrângerii şi al eşecului, care la rândul său contribuie la accentuarea sentimentului inutilităţii.

Tradiţional, tratamentul depresiei se realizează cu ajutorul narcoticelor sau a terapiei electro-convulsive (ECT). Însă, în ultima vreme, se foloseşte mai mult o metodă combinată, adică se foloseşte chimio-terapia, alături de care se adaugă terapiile psihologice şi cele sociale. În această direcţie, cercetătorul britanic L. Weissman a utilizat asistenţii sociali ca terapeuţi sociali, cu scopul de a îmbunătăţi adaptarea socială a clienţilor deprimaţi, adăugând şi tratamentul chimio-terapeutic. În aces fel el a obţinut rezultate cu mult mai bune decât în cazul terapiilor în care elementul principal de ameliorare a situaţiei bolnavilor îl constituiau medicamentele[26].

Şi alte cercetări efectuate, în acest sens, de către H.Heissman şi alţii, au întărit punctul de vedere conform căruia metoda combinată este mai eficientă decât utilizarea doar a psihoterapiei sau doar a medicamentelor. Un alt studiu, efectuat în SUA şi în Marea Britanie de către M.J. Blackburn şi echipa sa în anul 1991, a încercat să demonstreze avantajele terapiei cognitive însoţite de tratamentul cu antidepresive spre deosebire numai de folosirea terapiei sau numai a medicamentelor. Ei au comparat două loturi de pacienţi, primul de la o clinică pentru pacienţi externaţi şi al doilea de la o clinică de medicină generală, trataţi prin trei forme de intervenţie alese la întâmplare. Astfel că au fost utilizate doar administrarea de narcotice sau doar folosirea terapiei cognitive sau utilizarea tratamentului combinat, terapie şi narcotice[27].

La selectarea clienţilor s-au aplicat criterii extrem de stricte, legate de simptomele depresive ale acestora şi pentru stabilirea lor s-a folosit un număr de teste standardizate. Dintr-un lot iniţial de 140 de pacienţi (71 de la clinică şi 69 trataţi de un medic generalist) au fost excluşi câţiva pacienţi consideraţi nepotriviţi, rezultând un

---

[26] L. Weissman, *Treatment effect on the social adjusment of depressed people*, New York, Oxford University Press, 1981.

[27] M.J. Blackburn, "The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination", in *British Journal of psyc.*, 1991, p. 181.

lot final de 40 de pacienţi externaţi din spital şi 24 din practica generală. Tratamentele au durat între douăsprezece şi şaisprezece săptămâni, pentru toate cele trei forme de intervenţie. Au fost folosite două scale de apreciere a depresiei – cele a lui Bech şi Hamilton. În completare s-a folosit şi o scală de evaluare a iritabilităţii depresiei şi neliniştii, aparţinând lui Saith. În felul acesta au fost stabilite liniile de bază şi au fost indicate rezultatele tratamentelor lor în termenii procentajelor de schimbare.

Aportul asistenţilor sociali la ameliorarea stării de sănătate a clienţilor ce prezintă probleme de sănătate mentală a fost pus în evidenţă de foarte multe studii, printre care şi cel realizat de Jane Gibbons la sfârşitul anilor '80[28]. Acest studiu a evaluat serviciul englez de asistenţă socială, pentru pacienţii care s-au otrăvit intenţionat, demonstrându-se faptul că o formă specială a intervenţiei asistenţei sociale a dus la modificarea unora din problemele sociale subiacente şi la creşterea sentimentului de satisfacţie a clienţilor pentru serviciile primite.

Majoritatea cercetărilor, în care au fost implicaţi asistenţi sociali în condiţiile intervenţiei asupra persoanelor ce au probleme de sănătate psihică, au evidenţiat faptul că asistenţa socială are rolul de realizare a unui program eficient de prevenire. Se poate concluziona că există suficiente dovezi care implică faptul că atunci când chimioterapia este folosită justificat şi este succedată de tratamentul psihologic şi cu scop social, rezultatele sunt mai bune decât dacă aceste intervenţii sunt făcute separat. Este necesar ca asistentul social să fie dispus să înveţe de la alţi profesionişti şi să lucreze cu ei pentru buna stare generală a clientului său.

Apare ca evident faptul că locul asistentului social în echipa de intervenţie în cazul subiecţilor ce prezintă probleme de sănătate psihică este deosebit de important, întărind programul de tratament. În acest sens, asistenţii sociali trebuie să înveţe să coopereze cu colegii şi să contribuie la această abordare de echipă, fiind gata să colaboreze funcţie de situaţie, fie cu psihiatrul, fie cu asistenta

---

[28] J. Gibbsons, "Evaluation of a social work service for self – poisoing patients", in *British Journal of psyhych.*, 1978, p. 111.

medicală, fie cu psihologul. De aceea, e necesar ca asistentul social să-şi lărgească şi să-şi perfecţioneze continuu competenţele.

Interesul pentru formele specializate de intervenţie poate avea mai multe avantaje: facilitarea colaborării cu alte discipline; asigură asistentului social posibilitatea de a oferi echipei de asistenţi sociali o competenţă specială şi o îmbunătăţire a satisfacţiei muncii. Prin urmare, asistentul social aflat în faţa clientului, şi nu pacientului său, are de ales, în funcţie de situaţie, o muncă terapeutică – diferite metode pe care trebuie să le cunoască. În acest sens, amintesc câteva dintre metodele terapeutice cele mai întrebuinţate în intervenţia psiho-socială: psihoterapia individuală; psihoterapia comportamentală; învăţarea de abilităţi sociale; terapie de familie; psihoterapie de grup; terapie existenţială.

Toate aceste metode terapeutice pleacă de la premisa că relaţia dintre beneficiar şi terapeut este mediul prin intermediul căruia poate surveni schimbarea. În esenţă, cea mai importantă sarcină este încercarea, de ambele părţi, de a înţelege semnificaţia pe care o are pentru client-beneficiar problema sa. Acest fapt este extrem de important, pentru că asistentul social modifică în mod esenţial raportul, relaţia sa cu insul aflat în dificultate (boala psihică), transformând-o într-un parteneriat terapeutic, acesta, subiectul, nemaifiind pacient, ci beneficiar, redându-i-se astfel demnitatea socială şi morală, sporindu-se astfel şansele unei bune şi corecte reinserţii sociale (vindecări) a acestuia. Intervenţia sa în favoarea clientului trebuie să ţină cont de aceste nevoi, şi să-şi identifice resursele şi modurile în care ele să fie satisfăcute.

În această ordine de idei, nevoia de muncă, dat fiind maniera în care bolnavii psihici sunt trataţi şi consideraţi, devine o prioritate. "Munca îl leagă pe individ de realitate" spunea Freud. Contactul cu realitatea şi nevoia de a fi în realitate a clientului, ce a avut şi are probleme de sănătate psihică, se face prin obţinerea de către acesta a unui loc de muncă. Prin studiile lor, J. Wansbrough şi P. Cooper au indicat importanţa angajării în muncă pentru reechilibrarea şi reabilitarea celor care au suferit de o boală psihică[29].

---

[29] J. Wansbrough, P. Cooper, *Open Employment after Mental Illness*, London, Tavistock, 1980, p. 92.

Pierderea locului de muncă aduce cu sine nu doar repercusiuni economice, ci şi un număr de repercusiuni sociale şi psihologice: pierderea respectului de sine şi a identităţii, lipsa de structură şi ţel de viaţă şi contacte reduse cu prietenii şi foştii colegi de muncă. În acest sens, se poate ajunge la declanşarea unei crize depresiv majore cu consecinţe maxime de sinucidere, aşa cum au arătat, în studiile lor, G. Vigderhaus şi G. Fishman[30].

Ocuparea unui loc de muncă este un factor important atât pentru client, cât şi pentru familie. De aceea, în cadrul ehipei de asistenţă socială ar trebui încurajată o specializare în această direcţie. Un astfel de asistentul social specializat ar putea să întreprindă acţiuni pentru schimbarea mentalităţilor, pentru ştergerea stereotipiilor legate de boala psihică pe care le poate avea cel care face angajările.

Specialistul în probleme de asistenţă socială trebuie să facă lobby, să influenţeze şi să convingă factorii de decizie de la nivel legislativ şi administrativ cu privire la faptul că persoanele cu probleme de sănătate psihică trebuiesc reintegrate social, printr-un ajutor concret de asigurare a unor facilităţi la angajarea în muncă Intervenţia asistentului social în favoarea clientului ce a avut şi are probleme de sănătate trebuie să se orienteze şi spre o consiliere de tip financiar-administrativă. Aceasta constă în ajutorul ce trebuie acordat celui în dificultate de a-şi găsi un adăpost. Este cunoscut faptul că orice om cu probleme are nevoie în primul rând de o locuinţă. Or, mulţi din pacienţii psihiatrici pe termen lung, fie nu au familie, fie au pierdut legătura cu aceasta. Ieşirea din spital reprezintă de obicei începutul căutării unui loc unde să poată locui şi de aici neliniştea, nesiguranţa şi tensiunea care-l însoţeşte.

Pentru pacienţii care au familie intactă, întoarcerea acasă poate să nu fie cea mai bună soluţie la problemele speciale ale clientului, aşa cum observau în studiile lor C. Vaughn şi J. Leff. Aceaştia consideră că trimiterea bolnavului din spital acasă nu este întotdeauna cea mai fericită soluţie, el regăsind din nou mediul care

[30] G. Vigderhaus, G. Fishman, "The impact of unemployment on family integration and on changing suicide rates in the USA 1920-1969", in *Social Psych.*, 13(4), 1978, p. 239.

i-a declanşat boala[31]. Pe de altă parte, J.K. Wing şi G.W. Brown arată, într-un studiu, daunele pe care le poate aduce o proastă îngrijire instituţionalizată a unei persoane suferinde de o boală psihică[32].

Cei mai mulţi dintre bolnavii psihici externaţi ajung direct în stradă sau în locuri improprii în raport cu propria lor condiţie ce necesită o îngrijire permanentă şi atentă. Alternativele acestei sumbre perspective există, dar ele sunt extrem de reduse. Atât căminele, cât şi locuinţele în comun au şi susţinători şi critici. Una din problemele ridicate este aceea de a nu semăna cu instituţiile spitaliceşti pe care le înlocuiesc. Astfel a apărut ideea unor îngrijitori permanenţi în cămine stimulatoare.

Acestea sunt demersurile psiho-sociale la care a aderat şi asistenţa socială, producîndu-se ceea ce C. Rogers a denumit a fi "Revoluţia Liniştită". Este vorba de schimbarea raporturilor dintre agenţii socio-medicali (psihiatru; psiholog; asistent social; sociolog etc.) şi persoanele cu probleme de tulburare mentală, prin eliminarea tuturor barierelor sociale şi mentale, prin redefinirea acestei relaţii, considerându-se că bolnavul psihic nu este "străinul" freudian sau "celălalt", exclusul lacanian, ci este o fiinţă umană cu nevoi, trebuinţe, şi care trebuie privită cu demnitate ca oricare altă fiinţă umană.

---

[31] C. Vaughn, J. Leff, "The influence of the family and social factors an the course of psychiatrie illness", in *British Journal of Psych.*, 199, 1986, p. 125.

[32] J.K. Wing, G.W. Brown, *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge Universitz Press, 1980, p. 29.

CAPITOLUL II

Alternativa realizării în comunitate a actului de asistență socială

II. 1. Psihiatria *extramuros*

Orientarea interacționistă din sociologie şi cea antipsihiatrică accentuează că cea mai mare parte din comportamentele umane sunt deosebit de influențabile în raport cu procesul lor de definire. Pentru aceste orientări, definiția comportamentului nu este numai explicație, dar şi predicție, o predicție pe care subiectul o va interioriza în imaginea sa despre sine, făcându-l să se comporte în acord cu ea.

Criticii acestor teorii consideră că, de fapt, ele au două premise principale incorecte. În primul rând, faptul că reacția socială față de indivizii care au probleme de sănătate psihică nu derivă inițial din comportamentul acestora, ci din poziția lor marginală, definită de lipsa de putere şi de resurse sau de apartenența lor la un grup minoritar. La rândul său, clientul cu probleme de sănătate psihică învață comportamentul de "nebun", deoarece, aşa cum arată Th. Scheff în *Being Mentally III*, "în interiorul fiecărei culturi se învață stereotipurile comportamentului de nebun şi tocmai aceste idei sunt cele care încep să figureze cu putere în gîndirea clientului"[33]. Astfel că ideile învățate legate de comportamentul nebunilor, cum sunt considerați şi tratați de către ceilalți şi cum pot s-o sfârşească, îl tulbură în mod fundamental pe client.

Studiile întreprinse de C.A. Hanney în *The Interaction of Petitioner and Deviant Social Characteristics in the Adjudication of*

[33] Th. Scheff, *Being and Mentally III*, London, Methuen 1966, p. 72.

Incompetency[34] evidențiază corelații pozitive între ratele de internare și caracteristicile sociale, găsind că există o rată mai înaltă a internărilor psihiatrice pentru populația de culoare decât pentru albii din SUA.

În același sens, W. Bushing și A. Linsteg, în "Comunity Hemogeneity and Exclusion of the Mentaly III", demonstrează că: "există o rată mai înaltă de internări psihiatrice pentru membrii claselor defavorizate, decît pentru cei ai claselor privilegiate"[35], indicând chiar prezența unui avocat care face să descrească probabilitatea de spitalizare pentru pacienții din mediile sociale înstărite. De aceea, adesea imaginea spitalului psihiatric continuă să aibă o conotație negativă, azilară. Utilizând diagnosticele psihiatrice ale unor adulți în comparație cu diagnosticele psihiatrice efectuate la vârsta copilăriei, L. Bohhins demonstrează, în *Deviant Children Grown Up*, faptul că "... severitatea reacției societale la problemele comportamentului copilului"[36], ajungând la concluzia că majoritatea adulților, fie că au primit, fie că nu au primit tratament psihiatric în copilărie, sunt diagnosticați ca personalități sociopatice. Toate aceste studii pun accentul pe faptul că evaluarea psihiatrică influențează decisiv felul în care comportamentul sau condiția indivizilor evoluează social, ei fiind etichetați drept bolnavi psihici.

Pe de altă parte, o critică severă a teoriei etichetării, realizată de W. Gove în "Societal Reaction as an Explanation of Mintal Illness"[37], apreciază că explicația ei cu privire la rolul de bolnav este substanțial incorectă, deoarece nu acordă modelului medical al bolii nici o atenție, evitând să evalueze că, de fapt, majoritatea populației spitalizate suferă de tulburări serioase derivând din factori etiologici de natură endogenă, psihologică sau metabolică. Gave considera că etichetarea apare doar odată cu diagnosticul

---

[34] C.A. Hanney, *The Interaction of Petitioner and Deviant Social Characteristics in the Adjudication of Incconpetency*, New York, Macmillon, 1970, p. 111.

[35] W. Bushing, A. Linsteg, "Comunity Hemogeneity and Exclusion of the Mentaly III", in *J. HEOL Soc. Bhav.*, 197(11), p. 309.

[36] L. Bohhins, *Deviant Children Grown Up*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1982, p. 160.

[37] W. Gove, "Societal Reaction as un Explanation of Mintal Illness: An Evaluation", in *American Sociology Revue*, 35, 1970, p. 65.

medical, în procedurile formale de internare a bolnavului în spital şi nu în relaţiile anterioare ale acestuia cu familia, vecinătatea sau grupul de prieteni.

Un alt punct criticat al teoriei etichetării este considerarea faptului că diagnosticul şi eticheta sunt dobândite până la sfârşitul vieţii celor care le primesc. Criticii acestei teorii consideră că sunt suficient de multe exemple care să contrazică această aserţiune, prin faptul că mulţi pacienţi reuşesc să se reintegreze eficient din punct de vedere social.

În altă ordine de idei, Th. Scheff consideră că punctul de vedere clasic al psihiatriei bazat pe cele patru componente de bază – respectiv *cauză*, *leziune*, *simptom*, *efect*, precum şi conceptele cele mai importante, precum depresie, schizofrenie, nevroză, fobie – nu sunt suficient de clar definite. De aceea, Th.Scheff face următoarea apreciere: "Critica lui Gibbs implică faptul că există doar un gen de ştiinţă, una pozitivistă, fasonată după modelul ştiinţelor naturii. El pare să spună că o teorie nu are nici o valoare dacă nu este neambiguu statuată.

S-a argumentat, totuşi, că şi conceptele şi teoriile pot avea o funcţie impresionistă cu totul diferită de valoarea lor de adevăr luat în mod literal. Teoriile bazate pe definiţii nominale (conotative) pot dirija atenţia către noi date sau noi moduri de a percepe datele vechi, care contrazic presupunerile luate ca bază şi spulberă atitudinea vieţii cotidiene"[38].

Sunt importante toate aceste sublinieri deoarece ele arată amploarea tendinţelor care au apărut în ultimele decenii în ştiinţele medicale şi sociale, orientate către excluderea modelului pozitivist din cadrul discursului despre om şi căutarea unor căi noi aplicabile la cunoaşterea din aceste domenii.

Disputa între interacţionismul simbolic, orientarea antipsihiatrică şi şcoala medicală clinică a psihiatriei asupra etiologiei bolilor psihice este profundă şi aparent ireconciabilă. Între cazurile de natură internă, psiho-somatică şi cele de origine socială, pare a nu exista cale de mijloc atunci când se pune problema condiţiei celui

[38] Th. Scheff, "The Labelling Theory of Mintal Illnes", in *American Sociology Revue*, 39, 1974, p. 444.

care are probleme de sănătate psihică. Cu toate acestea, sunt suficient de multe încercări de a găsi o cale de mijloc, aşa-numitele modele eclectice de intervenţie, care au fost şi sunt încununate de succes.

Dintr-o asemenea perspectivă, cea eclectică, rolul asistentului social pare să crească, să se impună ca necesar în cazul intervenţiei psihosociale şi medicale asupra clienţilor ce au probleme de sănătate psihică. În acest sens, poziţiile antipsihiatrice ale lui Scheff sau cele ale lui Szasz şi Goffman pierd din vedere această natură problematică şi dificultăţile reale ale bolnavului psihic care, oricum, are nevoie de ajutor din partea specialistului.

Ca şi modelul medical, căruia îi reproşează maniera schematică–reducţionistă, teoriile antipsihiatrice, sociologizante, par a fi schematic–reducţioniste, reducând boala la reacţia societăţii şi ignorând, practic, sfera subiectivităţii bolnavului ca problemă reală.

Se ridică astfel întrebarea dacă schimbarea atitudinii societăţii într-o direcţie de mai mare toleranţă sau desfiinţarea spitalelor psihiatrice pot aduce o soluţie problemelor schizofrenicului, de exemplu. Caracterul acestor soluţii nu este numai utopic, dar şi disfuncţional. Pe de altă parte, nu se poate nega că teoriile antipsihiatrice, sociologice, nu au adus contribuţii importante domeniului psihiatic, ancorându-l mai profund în problematica socială. Din această perspectivă A. Butler şi D. Pritchard evidenţiau că în cazul clienţilor ce prezintă probleme de sănătate psihică, intervenţia psiho-socială şi medicală trebuie să ţină cont de *patru principii coordonatoare:* "1. Unicitatea manifestării; 2. Diferenţa dintre forma şi conţinutul maladiei; 3. Semnificaţia atribuită maladiei de către individ, precum şi de alte persoane semnificative. 4. Încercările făcute de individ şi de celelalte persoane semnificative în scopul nominalizării efectelor maladiei"[39].

În acelaşi timp, dacă ne raportăm la criteriile sociologice invocate de sociologii şcolii de la Chicago, nu putem considera că ele clarifică problemele reale ale clientului şi ale bolii cu etiologia sa multifactorială.

---

[39] A. Butler, D. Pritchard, *Bolile mintale*, Bucureşti, Ed. Altternative, 1993, p. 30.

Este evident, pe de altă parte, că problematica clinică a schizofreniei – de exemplu – nu poate fi abordată numai prin intermediul reacției sociale și al mecanismelor de control social. Însă, tot la fel de clar, este faptul că o asemenea problematică nu poate fi rezolvată bazându-ne doar pe modelul medical. Astfel că interpretările ei actuale sunt deosebit de multiple și contradictorii, reunind explicații sociologice, psihologice, biochimice și genetice dintre cele mai diverse.

Astăzi, conceptul de schizofrenie este vag și indefinit, variind după școli și curente, neputându-se întreprinde nici o cercetare lipsită de orice echivoc. Pentru acest motiv, ansamblul de tulburări de natură cognitivă, denumită de E.Kraeplin "demența precox", și sintetizate de către E.Bleuler în noțiunea de schizofrenie, cere o serie de implicații teoretice și practice care depășesc cadrul clinic imediat. Tulburările schizofrenice – cele mai severe dintre tulburările psihice (disociere, discordanță, inafectivitate, indiferență, autism etc.) – par a nu întruni întotdeauna unanimitatea diagnosticelor psihiatrilor.

Nici chiar psihiatrii care aparțin aceleiași școli nu ajung, întotdeauna, la un consens în privința diagnosticului. Pe de altă parte, fiecare client diagnosticat ca fiind schizofren își are propria sa personalitate, așa cum în medicină nu există boli, ci numai bolnavi. R.D. Laing afirma în acest sens că: "Bolnavul nu este o schizofrenie, el este schizofren și numai ca schizofren, în starea sa de schizofren, trebuie ca terapeut să încerc să-l înțeleg"[40].

Limbajul clasic sau psihopatologic pare însă să ignore această delimitare, oferind un model nosologic unificator, care nu ține seama suficient de personalitatea bolnavului. De aceea, primul principiu important al intervenției psiho-sociale și medicale trebuie respectat și anume: "Unicitatea manifestării". Indiferent cât de clasice sunt simptomele, experiența unei boli se manifestă prin intermediul personalității individului și al circumstanțelor sociale specifice acestuia. În consecință, de fiecare dată când observăm o persoană bolnavă mental, observăm de fapt o manifestare unică a sindromului.

---

[40] R.D. Laing, *Loi et les autres*, Paris, Gallimard, 1971, p. 78.

Accentul pus pe unicitatea individului este un antidot important al tendinței din lumea medicală de a trata persoanele cu aceeași etichetă psihică, ca și cum ar fi indivizi care împărtășesc aceleași caracteristici. Individualizarea clientului și încercarea de a plasa problemele acestuia în cadrul unei game mai largi de înțelegere este una dintre sarcinile asistentului social, ca și încercarea de a sublinia, în același timp, implicațiile specifice pe care o manifestare clinică anume poate să le aibă pentru acel individ și vizualizarea lor în contextul unei lumi sociale în evoluție.

În concluzie, munca de intervenție este una interdisciplinară și realizată în echipa asistentul social trebuind să acționeze în acest spirit, plasându-se în mod profesionist, pe o poziție de susținere, cu mijloacele specifice asistenței sociale, activă.

II.2. De la intervenția clinică la îngrijirea comunitară

Analiza noastră a mers în direcția punerii în evidență a rolului pe care-l are asistentul social în cazul clienților ce prezintă probleme de sănătate psihică. Mutarea sensului intervenției de la pacient la client, prin umanizarea și responsabilizarea reciprocă a părților implicate s-a făcut în beneficiul, în primul rând, al insului uman ce prezintă probleme de sănătate psihică, neprivat de propriile-i drepturi și răspunderi, pe de o parte, iar pe de altă parte, terapeuților li s-a oferit astfel posibilitatea găsirii unui gen nou de soluții, prin democratizarea relațiilor cu cel aflat în dificultate.

Mergând mai departe și acceptând logica succesului înregistrat de asistentul social în realizarea actului clinic, atenția ni se îndreaptă către intervenția în comunitate, în cazul clienților ce prezintă probleme de sănătate psihică. Intervenția și îngrijirea în comunitate pleacă de la o premisă umanistă, și anume aceea de a nu disloca, prin internare, clientul de locul său normal de viață pe care-l reprezintă familia și comunitatea.

Într-o exhaustivă trecere în revistă a proiectelor destinate să sprijine dezinstituționalizarea pacientilor cu afecțiuni psihice cronice,

P. Braun, în *An introduction to the psychotherapies*[41], a ajuns la concluzia că programele de îngrijire comunitară pot reduce ratele reinternărilor, pot scurta durata rămânerii în spital şi pot îmbunătăţi funcţionarea socială şi psihologică a pacientului.

În aceeaşi direcţie, L. Stein şi M. Test, în *Alternatives to mintal hospital treatment*"[42], au proiectat un program de tratament bazat pe îngrijirea comunitară – folosind toate disciplinele, precum medicina, asistenţa socială, supravegherea medicală etc. – ca pe o alternativă a îngrijirii pacienţilor în instituţii specializate. Potrivit acestui proiect, pacienţii au fost repartizaţi aleatoriu în două modalităţi de tratament: cu program de tratament intensiv în comunitate cu durata de 14 luni sau o internare într-un spital tradiţional de boli mintale, pe o perioadă considerată ca fiind necesară. Compararea rezultatelor a demonstrat clar că programul de îngrijire în cadrul colectivităţii ar putea fi o alternativă eficientă la tratamentul în spital pentru majoritatea cazurilor. Nu doar că oamenii stau mai multă vreme în comunitate, dar s-a îmbunătăţit în mare măsură şi calitatea vieţii, după cum s-a demonstrat pe baza nivelelor de ajustare socială, a respectului de sine, a satisfacţiei generale.

În acest fel, conceptul de bună stare psihică capătă o operaţionalizare în condiţiile intervenţiei concrete chiar în comunitate în cazul clienţilor ce au probleme de sănătate psihică, asistentul social ţinând cont de toate aspectele ce conduc la realizarea unei bunăstări generale ale acestuia, deci şi din punct de vedere economic, social şi, nu în ultimul rând, cel afectiv.

O perioadă îndelungată de timp, bolile psihice au fost considerate ca un obiect privilegiat de studiu al psihiatriei – ca domeniu specializat al medicinei, constând în diagnosticul, tratamentul şi profilaxia tulburărilor mentale.

Ocupându-se cu prioritate de diverse tulburări organice şi funcţionale, de diverse categorii nosologice (debilităţi mentale, nevroze, psihopaţi, psihoze etc.), psihiatria lua prea puţin în considerare aşa-numitele deficienţe de adaptare comportamentală, dife-

[41] P. Braun et al., *An introduction to the psychoterapies*, New York, Oxford University Press, 1979, p. 215.

[42] L. Stein, M. Test, *Alternatives to mintal hospital treatment*, London, Macmillan, 1990, p. 211.

rite forme de comportament marginal sau deviant, ca şi influenţele reciproce dintre acest tip de comportament şi structurile şi problemele mediului social.

Destul de târziu, înaintea celui de-al doilea război mondial, în SUA, o ramură particulară a sociologiei, şi anume sociologia bolilor mentale, care se suprapune în mare măsură psihiatriei, va întreprinde un demers diferit decât cel clasic în acest sens. La rândul ei, înglobând în domeniul său de studiu şi tratament diferite comportamente sociale deviante şi factori etiologici de natură socială, psihiatria a luat o orientare din ce în ce mai pronunţat socială, vorbindu-se astfel de psihiatria socială ca despre o specialitate medicală, cu caracter clinico-terapeutic, organizaţional sau comunitar în cadrul cărora apare integrat bolnavul psihic.

În lucrarea sa *Psychopatologie generale*"[43], K. Jaspers arăta că civilizaţia exercită o influenţă cauzală, întrucât creează condiţii fizice, care se comportă ca şi alţi factori naturali pentru a da naştere, prin intermediul organismului, bolilor psihice. În acelaşi timp, arăta K. Jaspers, mediul social determină evoluţia particulară a unor boli psihice, deoarece tipul de personalitate care convine unei anumite epoci sau clase sociale impune existenţa unor manifestări psihopatologice cu conţinut specific ca apatia, indiferenţa, sentimentul de culpă sau de remuşcare, sunt mai specifice societăţii capitaliste contemporane.

În sfârşit, mediul cultural condiţionează diferite comportamente cu substrat patologic, astfel că, spre deosebire de trecut, când conţinutul delirului psihoticilor avea un caracter magico-religios, în epoca contemporană acest conţinut vizează elemente cu caracter tehnic – cum sunt telefonul, radioul, TV etc.

În altă ordine de idei, mediul comunitar diferit, oraş–sat, influenţează în mod diferit morbiditatea psihică a populaţiei. În acest sens, observând că numărul de bolnavi psihici este mai mare în oraşe decât la sate, P. Sorokin şi E. Zimmerman, în "*Principles of Rural/Urban Sociology*"[44], enunţau că starea de morbiditatea este

---

[43] K. Jaspers, *Psychopatologie generale*, Paris, Felix Alcan, 1953, p. 144.

[44] P. Sorokin, E. Zimmerman, *Principles of Rural/Urban Sociology*, New York, Cooper, 1925, p. 164.

influenţată atât de elementele geografice cât şi de cele care caracterizează mediul social – relaţiile şi instituţiile sociale, valorile şi normele culturale, modul de viaţă economic, profesional şi spiritual, posibilitatea de recreere. Diferenţele existente în morbiditatea prin boli psihice a populaţiei urbane faţă de populaţia rurală se explică prin cauzele şi condiţiile care deosebesc modul de viaţă al comunităţii tradiţionale de cel din societatea post-industrială. Astfel că, de pildă, din punct de vedere al relaţiilor sociale, relaţiile afective, spontane şi personalizate de la nivelul satului dispar şi se transformă în cel urban în relaţii impersonale, formale şi contractuale.

În acelaşi sens, familia extinsă existentă în comunităţile rurale, cu mai mulţi membri, întinsă pe mai multe generaţii şi care are funcţii multiple, inclusiv de control şi economic pronunţate, se transformă, se pulverizează în familie atomizată, chiar uniparentală, în cadrul căreia funcţiile scad, fiind repartizate unor instituţii specializate din mediul urban – şcoala, unitate economică, poliţie, spital. În acelaşi timp, spre deosebire de mediul rural tradiţional, ce asigura un mod de viaţă stabil şi protectiv, în oraşul contemporan se realizează o slabă integrare a individului, datorită tendinţelor de mobilitate, tensiunilor, conflictelor şi sentimentului de insecuritate personală.

Pe de altă parte, în mod evident, în condiţiile urbanismului modern şi al generalizării sale ca mod de viaţă, diferenţele dintre urban şi rural se estompează, satul trecând printr-o profundă criză de identitate, de alterare a valorilor şi a normelor sale tradiţionale.

Prin urmare, intervenţia în comunitate trebuie să ţină cont de toate aceste aspecte, însă clientul trebuie să-şi recâştige şi recapete, în mediul său normal de viaţă care este comunitatea, familia, propria identitate, încrederea în sine şi în cei cu care trăieşte împreună. Tot acest demers al asistenţei sociale trebuie, însă, să ţină cont de realitatea clinică a problemelor cu care se confruntă clientul, faptul că în boala psihică severă nu se obţine o vindecare, ci, numai o remisiune, o ameliorare sau o vindecare temporară a acestuia, ceea ce conduce la necesitatea unei asistente permanente a lui. De aceea, în momentul în care programul special de tratament de sprijin este întrerupt, diferenţele originare identificate între grupurile de experi-

ment amintite în lucrarea lui Stein şi Test s-au redus – şi s-au pierdut câştigurile obţinute anterior –, aceasta confirmând studiile care recunosc nevoia de servicii continue de sprijin.

Studiile realizate de B. Weisbord, în *Alternatives to mintal hospital treatment economic cost-benefit analysis*"[45], au scos în evidenţă nu numai avantajele terapeutice ale intervenţiei în comunitate în cazul clienţilor ce prezintă probleme de sănătate psihică, ci şi economice, în raport cu intervenţia clasică realizată în clinici

II.3. Asistentul social şi intervenţia sa în favoarea clientului

Plecând de la cele patru elemente călăuzitoare ale relaţiei dintre asistentul social şi clientul său care are probleme de sănătate psihică, identificate de Alan Butler şi Collin Pritchard şi anume: "1. Unicitatea manifestării; 2. Diferenţa dintre forma şi conţinutul maladiei; 3. Semnificaţia atribuită maladiei de către individ, precum şi de alte persoane semnificative; 4. Încercările făcute de individ şi de celelalte persoane semnificative în scopul normalizării efectelor maladiei"*[46], constatăm că acesta din urmă, clientul, are o serie de nevoi specifice de natura psihică, socială şi economică.

Făcând diferenţa dintre formă şi conţinut, asistentul social trebuie să identifice împreună cu clientul său problemele pe care acesta le are şi ordinea priorităţilor în care ele trebuie rezolvate. Relaţia acestora de tip umanist are avantajul de a se structura în realitate şi de a găsi soluţii realiste la problemele reale ale clientului.

Asistentul social trebuie să ştie că există un impact negativ pe care boala îl are şi îl exercită atât asupra clientului, cât şi asupra familiei acestuia. Nu trebuie uitat faptul că identitatea de sine a individului este menţinută prin reacţiile celorlalţi. În viaţa cotidiană, fiecare ins normal joacă un număr variat de roluri în relaţie cu celelalte persoane importante din viaţă. Pe măsură ce o boală psihică

[45] B. Weisbord, *Alternative to mintal hospital treatment: economics cost-benefit analysis*", London, Tavistock, 1980, p. 87.
[46] A. Butler, C. Pritchard, *Bolile Mintale*, ed. cit., 1993.

avansează, unele din roluri pot fi întrerupte, întrucât individul găseşte că-i este din ce în ce mai greu să facă faţă responsabilităţilor şi aşteptărilor celorlalţi.

Lipsa de siguranţă şi de putere de estimare ce decurg la nivelul relaţiilor sociale pot eroda capacitatea de toleranţă a familiei, iar acesta poate fi un factor important în solicitarea spitalizării. Impactul, deci, pe care îl poate avea o boală psihică asupra familiei unui individ şi asupra celorlalte persoane importante din viaţa lui este o dimensiune importantă a problemei intervenţiei şi încă una în care asistentul social trebuie să se implice.

Asistentul social observă că în acest caz, al familiei, există de obicei, un sentiment de lipsă de înţelegere pe care el trebuie să încerce să îl aline, explicând natura bolii, evoluţia acesteia şi tratamentele posibile.

Boala clientului agravează lipsa de armonie din cadrul familiei, provocând distorsiuni de comunicare, provocând rupturi, uneori, şi chiar reactivând neînţelegeri vechi.

Există un sentiment de vinovăţie şi de frustrare a membrilor familiei amestecat cu unul de teamă în legătură cu boala şi chiar cu propria lor persoană.

Imaginea despre boala psihică şi spitalele psihiatrice în general, nu este una pozitivă, cei care ajung într-o asemenea situaţie temându-se să nu fie marginalizaţi şi stigmatizaţi, izolaţi de restul comunităţii. Noi nu ne opunem, aşa cum am mai arătat, intervenţiei în situaţie de criză a modelului clinic medical, însă odată ieşit din situaţia de criză clientul trebuie rapid replasat în mediul său social, normal de viaţă, el trebuie redat familiei şi comunităţii.

Una din alternativele care au fost explorate mai puţin sunt proiectele de pensiuni în care ex-pacienţii trăiesc în cadrul unor familii cu care nu sunt înrudiţi – îngrijirea în familii substitutive.

O altă alternativă ar fi aceea de a fi găzduit în cămine,cel mai adesea asociate cu persoanele în vârstă.

Asistentul social trebuie să fie în legătură cu toate organizaţiile fie guvernamentale, fie, mai ales, neguvernamentale interesate în a găsi soluţii pentru persoanele externate din instituţiile psihiatrice, pentru a le găsi o locuinţă. Se face uz din ce în ce mai mult de

grupările de ajutorare pentru a le oferi oamenilor posibilitatea să se adapteze la viața în comunitate.

Un asistent social poate acționa ca un catalizator în dezvoltarea unor astfel de grupări, punând oamenii în contact cu alții, oferind locuință și orice alt ajutor, când și așa cum i se cere.

II.4. Principii de construcție a intervenției terapeutice psihosociale în familie

Este evident faptul că psihoterapia are mai puține șanse de realizare, dacă pacientul este separat de contextul vieții sale sociale, și este privit doar izolat. Individul uman în mod normal are o serie de interacțiuni cu ceilalți oameni din jurul său, și in primul rand cu membrii grupurilor din care face parte, îndeosebi cu cei ai familiei sale. Prin urmare rolul interacțiunilor personale este semnificativ în raport cu starea generală a individului, atât din punct de vedere psihic, dar și din alte puncte de vedere, cum sunt cele economic, social și biologic. Aceste observații au codus la apariția și dezvoltarea psihoterapiei de familie. Ca și abordarea individuală, psihoterapia de familie, din punct de vedre teoetic, are la bază orientări de ordin psihanalitic, de ordin experențial, cât și de ordin comportamental.

În ce privește ultima dintre orientările enumerate, cea comportamentală, aceasta este bazată pe teoria comunicării, incluzând psihoterapia structuralistă și strategică.

Abordarea de tip strategic din psihoterapia de familie a fost fundamentată de către M. Erickson[47]. Caracteristic pentru această orientare sunt următoarele particularități:

1) Capacitatea de a realiza o strategie pentru ca problema clientului să fie rezolvată.

2) Nu este pus accentul doar pe o singura metodă psihoterapeutică, ci pe realizarea unei strategii care să răspundă unei situații concrete.

---

[47] Cf. C. Madanes, Strategie Family Therapy, London, Jossey-Bass Publishers, 1981, p. 123.

3) Pentru că terapia este centrată pe aspectele psihosociale ale problemei umane, sarcina psihoterapeutului este să stabilească un plan de intervenţie în situaţia socială a clientului.

4) Ţinta psihoterapiei de familie strategice este să ajute pe individ să depăşească o situaţie de criză specifică diverselor etape ale vieţii de familie .

5) Potrivit cu această orientare psihoterapeutică, problema este definită ca o secvenţă a unei relaţii interpersonale ce se desfăşoară între mai multe persoane. Simptomele, cum ar fi depresiile, fobiile, sunt gândite în termenii unor contacte între doi sau mai mulţi parteneri, şi au un rol adaptativ pentru a menţine relaţia respectivă.

6) Se face distincţia între identificarea şi stabilirea problemei prin intermediul demersului psihodiagnostic sau prin acordarea unei etichete individului sau familiei.

Trebuie subliniat faptul că orientarea strategică nu pune accentul pe diagnosticul psihiatric sau psihologic, sarcina terapeutului constând în a defini problema clientului în astfel de termeni încât aceasta să poată fi rezolvată. Psihoterapeutul trebuie să includă în cadrul planului său strategic şi asistentul social, dirigintele sau autoritatea legală.

7) Orientarea strategică în psihoterapie considera problema simptom ca pe un mod de comunicare interpersonală. În felul acesta, spre exemplu, atunci când un cuplu devine instabil, având tendinţa să se destrame, este posibil ca, tocmai, copilul să dezvolte un simptom care să-l menţină pe tată activ, având grija de copil, ceea ce îl impiedică pe tată să se manifeste depresiv şi incompetent. Simptomul nu face decât să exprime în mod metaforic o problemă şi să sugereze soluţia care, însă, este una nesatisfăcătoare, cu caracter dezadaptativ. Finalitatea intervenţiei psihoterapeutice rezidă în schimbarea conţinutului de tip metaforic, în prevenirea repetării secvenţelor patologice de comunicare şi în oferirea unor soluţii alternative mai sanătoase.

8) Demersul psihoterapeutic se desfăşoară în trepte sau etape, iar fiecare problemă este definită ca implicând două sau mai multe persoane. Într-o etapă iniţială psihoterapeutul stabileşte cine anume este implicat în problema actuală şi în ce mod.

După aceea, terapeutul va găsi o soluție de intervenție, care va conduce la modificarea interacțiunilor din cadrul familiei, în așa fel incât problema să nu mai fie actuală. Schimbarea, de regulă, este planificată în etape, astfel încât modificarea unei situații sau unui tip de interrelații va conduce la o altă modificare a altor interacțiuni și așa mai departe, până când întreaga situație se modifică.

De cele mai multe ori, terapeutul încearcă, la început, să genereze o nouă problemă, pe care s-o rezolve în așa fel încât această rezolvare să conducă la rezolvarea problemei inițiale cu care s-a confruntat respectiva familie.

9) Terapeutul trebuie să fie atent la sistemul de relații ierarhice din interiorul familiei asupra căreia se realizează intervenția. Terapeutul trebuie să evite să formeze coaliții în interiorul grupului teapeutic, după cum terbuie să împiedice formarea de coaliții în interiorul lui .

10) Demersul psihoterapeutic este orientat spre rezolvarea problemelor prezente și nu înspre trecut, terapeutul încurajând comunicările actuale. Familia trece prin noi experiențe dacă indicațiile date de psihoterapeut nu reprezintă un scop în sine, după cum nici a lucra asupra unor probleme sau a conștientiza modul în care se desfășoară procesul de comunicare nu repezintă scopul psihoterapiei. Se consideră că în cazul în care familia iese din impas fără să știe cum și de ce obiectivul psihoterapiei a fost atins.

11) Directivele date de psihoterapeut pot fi directe sau paradoxale, simple – implicând una sau două persoane, sau complexe – angajând întreaga familie.

Instrucțiunile directe au drept scop modificarea interacțiunilor din cadrul familiei, respectiv implicarea în activitate a membrilor dezangajați ai familiei, stabilirea unor acorduri și sentimente mai bune, încurajarea interacțiunilor pozitive, a circulației informațiilor, cât și sprijinirea familiei să adopte un mod mai eficient de stabilire a regulilor, a comunicării între generații, cât și a unor scopuri individuale și a strategiilor de atingere a acestor scopuri. Primul pas în stabilirea unei instrucțiuni de urmat, îl reprezintă motivarea familiei să urmeze respectiva instrucțiune. Modul în care terapeutul se decide să motiveze familia, depinde de natura sarcinii

trasate, de tipul de familie. Psihoterapeutul precizează totdeauna clar sarcinile trasate familiei astfel încât acestea, dacă sunt urmate, au efectul scontat. Dacă o alternativă s-a dovedit ineficientă, trebuie recurs la o altă soluție. De asemenea, cu cât problema şi obiectivele terapiei sunt mai bine definite, cu atât este mai uşoară stabilirea sarcinilor terapeutice, pentru cazul respectivei familii.

În multe situații este posibil ca psihoterapeutul să dea directivele într-o manieră metaforică, fără să explice în mod concret ce anume umăreşte. Potrivit multor observații ştiințifice, se pare că oamenii sunt dispuşi să urmeze instrucțiunile atunci când nu conştientizează direct conținutul acestora. Principala caracteristică a instrucțiunilor paradoxale este aceea potrivit căreia terapeutul afirmă că doreşte să ajute familia să se modifice, cerându-i în acelaşi timp să nu se modifice. Abordarea aceasta pleacă de la ideea că în multe situații familiile vin la psihoterpie pentru a se modifica structural la nivel interrelațional, însă ele fiind rezistente la schimbare. Însă, provocându-i pe membrii familiei să-i reziste, terapeutul va provoca în mod indirect schimbarea.

În cadrul demersului strategic, "în psihoterapia de familie se elaborează un plan precis de acțiune pentru fiecare problemă şi nu există nici o contradicție în ceea ce priveşte selecția pacienților"[48].

II.5. Importanța modelului socio-psiho-educațional

Este tot mai evident faptul că sănătatea mentală reprezintă astăzi o componentă a conceptului care defineşte calitatea vieții umane. Acesta este motivul pentru care sunt puse la punct tot mai multe programe de sănătata mentală, un rol important revenind din acest punct de vedere Asistenței Sociale şi mijloacelor ei terapeutice în sprijinul oamenilor care au această problemă a tulburării mentale .

Pornind de la această premisă, s-a vorbit de o a treia revoluție, de către A.Hobbs – în 1964, care să schimbe radical tot domeniul de îngrijire al sănătății mentale. Această revoluție impune

[48] I. Holdevici, *Elemente de psihoterapie*, Bucuresti, Ed. ALL, 1996, p.185.

deplasarea interesului de la problemele clinice, la cele legate de sănătatea mentală şi educarea populaţiei în această direcţie, de la strategiile reparatorii, spre cele profilactice, care să-i înveţe pe oameni cu deprinderi, care să le garanteze sănătatea psihică şi abilitatea de a face faţă stresului.

Există o mare varietate de formare a deprinderilor, puse la punct prin intermediul acestor programe, care utilizează mijloace diverse de natură electronică, mijloace video şi audio, manuale şi instrucţiuni referitoare la relaţiile interpersonale, la cultura empatiei, la rezolvarea unor probleme personale.

C. Rogers a lansat, chiar ideea unei "revoluţii liniştite", potrivit căreia tot mai mulţi oameni au tendinţa de a-şi contola propriul lor destin, propriul lor corp, propria lor minte şi, prin urmare, de a-şi rezolva propriile lor probleme.

Există în mod evident la nivelul actualei tendinţe în practicarea psihotrerapiei pe plan mondial, ideea portivit căreia accentul trebuie pus tot mai mult pe capacitatea de autodeterminare a individului, în condiţiile specifice intervenţiei terapeutice. Creşte în acest mod, tot mai mult rolul grupurilor de auto-ajutorare, a procedeelor de autoreglare, adică de însuşire a unor deprinderi de comunicare, de modificare a comportamentului, de decondiţionare bio-feed-back, relaxare etc.

Ca urmare a unei asemenea reprezentări, clientul trebuie să înveţe să facă tot mai mult faţă singur problemelor cu care se confruntă, să fie responsabil de propria lui însănătoşire, iar rolul asistentului social ca terapeut este să-l înveţe ce tebuie să facă pentru a-şi dobândi şi îmbunătăţi sănătatea mentală.

II.6. Autoajutorarea

România, ca şi alte ţări foste comuniste, aşa cum s-a întâmplat în anii '70 în unele ţări occidentale – de exemplu SUA –, se confruntă acum cu o pierdere a încrederii în aşezămintele medicale, fapt ce o să se concretizeze printr-o mutaţie semnificativă de la ajutorul instituţional la autoajutorare.

Încrederea în actul medical tradiţional instituţional s-a erodat datorită incapacităţii sale de a răspunde la nevoile reale ale populaţiei. Ca şi celelalte instituţii ale statului comunist, greoaie şi excesiv de centralizate, sistemul medical instituţionalizat se află într-o vizibilă criză şi în pragul unei reforme cu conţinut ce se vrea radical nou.

Aşa cum am constatat, în unele ţări occidentale – în anii '70 – s-a înregistrat o schimbare de atitudine a populaţiei atât faţă de sistemul medical, cât şi faţă de găsirea unor soluţii în favoarea propriei lor sănătăţi. În această perioadă, spre exemplu în SUA, a crescut interesul pentru regimul alimentar şi nutriţie. Tot mai mulţi adepţi au început să fie atraşi de o asemenea alternativă nutriţionistă, astfel că aceasta a început să se impună ca o măsură preventivă împotriva cancerului.

În aceeaşi perioadă, tot în SUA, a apărut o nouă metodă, cea a alergatului, aceasta ajungând să aibe proporţii de masă şi chiar o primă revistă cu un tiraj foarte mare ce se intitula *Runner's World.* În felul acesta s-a impus încet, dar sigur, alternativa la programul oferit de aşezămintele medicale, care consta doar în examene, medicamente şi chirurgie. Astfel că păstrarea şi recuperarea sănătăţii trebuia să încerce noi remedii neconvenţionale ca: acupunctura, acupresura, terapii vitaminoase, precum şi îngrijirea preventivă a sănătăţii prin regim alimentar şi gimnastică. Prin urmare, ne apar ca impunându-se trei căi fundamentale de îmbunătăţire a sănătăţii. Prima este cea clasică a agenţilor externi – tratament medicamentos şi chirurgie, a doua cale este cea a îmbunătăţirii fiinţei umane coroborate cu o a treia, cea a păstrării în condiţii favorabile vieţii sănătoase a mediului ambiant.

Sănătatea în întregul ei înseamnă a considera corpul, spiritul şi sentimentele ca un întreg. Deprinderile personale sunt elemente esenţiale în noua paradigmă a sănătăţii, căci responsabilitatea personală este foarte importantă în această privinţă. Este mai uşor să previi decât să tratezi. La nivel de societate apare evident că această cale este şi mult mai economică. În felul acesta a prins contur şi s-a impus mişcarea de autoajutorare medicală.

Sigur că acest punct poate fi criticat – însă ideea de bază este aceea a responsabilizării individului, a desprinderii acestuia de dependența reacțiilor sale în raport cu societatea excesiv tehnologizată, impersonală, de redescoperire a propriei sale ființe, a propriului său corp. Mișcarea de autoajutorare insistă asupra faptului că timp de secole, oamenii se năşteau şi mureau în sânul familiei, fără doctori şi fără procedeele impersonale ale spitalelor. Drept urmare, trebuie, susține mişcarea de autoajutorare, să ne reafirmăm capacitatea plenară de a ne ocupa de naştere şi de moarte noi înşine, fără ajutorul instituțiilor.

Una din alternative la soluția propusă mai sus a fost dată de azilurile care în statele occidentale asigură o rețea de servicii în sprijinul celor care suferă de boli incurabile (inclusiv cele psihice) şi al familiilor lor. Într-o asemenea activitate figura asistentului social devine extrem de activă şi importantă, în munca de coordonare şi identificare a soluțiilor la problemele cu care aceşti oameni se confruntă.

În multe cazuri azilurile administrează servicii reale; mult mai mult îi ajută pe oameni să-şi trăiască ultimile zile acasă, cât mai plăcut cu putință. Scopul este acela de a da pacienților putința de a decide asupra propriei lor îngrijiri: un sentiment al demnității, atât în viață cât şi în momentul morții.

Începutul mişcării azilare merge în epoca creştin medievală, în perioada modernă au început să fiinţeze aziluri la mijlocul secolului al XIV-lea, când surorile de caritate din Irlanda au deschis în Dublin primul azil pentru pacienții aflați pe moarte. În cazul SUA, azilul din New Heven, Connecticut, a inaugurat mişcarea azilară. Astfel că, începând cu 1974, mii de pacienți suferinzi de boli incurabile au fost ajutați. Astăzi, conform Organizației Naționale a Azilurilor din SUA, există peste 1000 de organizații de acest fel.

Motivele pentru care mişcarea pentru aziluri a câştigat teren au fost: iluzia unui tratament al cancerului şi dorința crescândă de a discuta despre moarte: de a o înfrunta. Prin urmare eşecul încercărilor de a găsi un tratament al cancerului a determinat o schimbare în tratarea bolnavilor incurabili. Până la acest moment, aşezămintele

medicale încurajau pacienţii să creadă că întotdeauna există o speranţă, chiar până în ultimul moment – acesta nefiind decât o fixaţie mitică după care înalta tehnologie va rezolva cu certitudine toate problemele omului. Însă pe măsură ce au abandonat aşezămintele medicale, oamenii au căutat o abordare spiritual-umanistă, în care accentul să fie pus pe trăirea ultimelor zile într-un cadrul plăcut, liniştit, plin de demnitate. Şi în acest caz, asistentul social devine un actor obligatoriu, determinând prin tehnici terapeutice un ansamblu de măsuri în favoarea celor care au nevoie de găsirea unor soluţii favorabile situaţiei în care se găsesc – situaţie, de altfel, limită.

II.6.1. *Teoria "crizei" – un model de intervenţie al asistenţei sociale – "Modelul lui Caplan"*

În prezent, în SUA există milioane de oameni reuniţi în 500.000 de grupuri de ajutorare (date furnizate de Naţional Self – Help Clearinghouse; City University; New York). Toţi aceşti oameni au decis să renunţe la modalitatea tradiţională a asistenţei instituţionalizate – biserici, spitale – în favoarea colaborării cu oameni ca ei, care au învins sau care încearcă să rezolve aceeaşi problemă. Acesta este un exemplu de trecere de la ajutorul instituţional la autoajutorare. În felul acesta, există grupuri de autoajutorare – grupuri ce au forma unor organizaţii nonguvernamentale – pentru aproape orice problemă imaginabilă: pensionare, controlul greutăţii, abuzul de alcool şi medicamente, divorţ, abuzul asupra minorilor.

Problemele diverse şi multiple cu care se confruntă omul contemporan a dus, în SUA, la crearea unei organizaţii neguvernamentale "Big Spenders Anonymus" care-şi propune să îi ajute pe cei care fac în mod iraţional datorii, cheltuielile exagerate fiind considerate ca o adevărată "boală".

O astfel de organizaţie, de grup de sprijin, urmează modelul, încununat de succes, al asociaţiei "Alchoolics Anonymus", evitând structurile elaborate, cheltuielile sau terapia în favoarea prezentării

de informaţii şi cazuri într-o atmosferă informală, lipsită de constrângeri instituţionale. "Grupurile de autoajutorare reunesc persoane confruntate cu aceleaşi probleme şi care vor să le soluţioneze împreună"[49], spun A. Gartner şi F. Reissman, directori ai asociaţiei "Self-Help Clearinghouse". Principiul călăuzitor este acela că ajutându-te cu alţii te ajuţi pe tine însuşi. Tot Gartner şi Reissman explică avântul mişcării de autoajutorare prin faptul că "oamenii, incapabili să controleze "noul guvern" şi birocraţia distantă; se simt atraşi către grupurile de ajutor mutual, care le permit să se ocupe în mod direct de unele probleme, medicale, ale vieţii de toate zilele"[50].

Autoajutorarea când este adaptată la nivel districtual şi comunitar devine activism social. Ea este activă ca fenomen social datorită lipsei de încredere în structurile instituţionalizate ale statului – "Nimeni nu mai crede cu adevărat astăzi în salvarea venită de la guvern"[51].

Starea de criză nu trebuie să fie privită numai într-o lumină negativă. Aceste evenimente îl pun pe asistentul social, în calitate de salvator, într-o situaţie dificilă. Gerald Caplan (*Principles Of Preventive Psychiatry*) susţine acest punct de vedere optimist şi mult mai constructiv. Astfel, Caplan considera că: "O criză apare când un individ confruntat cu un obstacol major decide că, în viitor, acesta să devină insurmontabil prin utilizarea metodelor obişnuite în astfel de cazuri"[52]. Se consideră astfel că, în decursul timpului, omul îşi dezvoltă o serie de aptitudini în rezolvarea unor probleme.

Aceste aptitudini se pot dovedi inadecvate într-o situaţie complet nouă sau în confruntarea cu persoane foarte puternice. La începutul derulării evenimentului, individul este stressat şi trăieşte o stare de disconfort. Odată cu presiunea, creşte şi tensiunea şi pot apărea perturbări. Pe măsură ce metodele uzuale sunt încercate şi nu reuşesc, creşte neliniştea şi apare spectrul eşecului şi chiar complexul de vinovăţie. Sentimentul de neputinţă care urmează se pro-

---

[49] A. Gardner, F. Reissman (eds.), *Lotsof Helping Hands*, W.W. Norton CO, 1980, p. 53.
[50] *Ibidem*, p. 62.
[51] N. Drucker, *V.S.News and World Report*, dec. 1989, p. 44.
[52] G. Caplan, *Principles Of Preventive Psychiatry*, London, Tavistock, 1974, p. 124.

pagă la alte persoane sau se transformă într-o culpabilizare autodistructivă: autoflagelarea sau consumul excesiv de alcool, de exemplu. Dacă situaţia este lăsată să evolueze, individul poate adopta o soluţie pe care Caplan o etichetează ca necorespunzătoare. În felul acesta se ajunge fie la încercarea de a evita emoţiile apărute, fie încercarea de a rezolva pe cale violentă criza. În cazul în care, în acest stadiu, nu se ia o hotărâre, apare o dezorganizare majoră cu efecte pe plan psihic. Dacă intervenţia are loc în prima fază a crizei, înainte de a-l domina pe individ, există posibilitatea maturizării şi schimbării.

Se spune că individul este într-o stare "fluidă", adică manifestă o dependenţă crescândă; se resimte nevoia unor experienţe inedite şi este receptiv la sugestii. Aceste stări pot fi folosite, în opinia lui Caplan, de către terapeut pentru a ajuta individul să înveţe noi abilităţi de a face faţă, care pot fi utilizate în viitor, în absenţa crizei.

În ce constă modelul de intervenţie propus de Caplan? În faptul că este necesar un suport sistematic şi de la început. Acesta poate fi oferit mai degrabă în timpul crizei, când potenţialul pentru schimbare este maxim, decât după criză, când acest potenţial scade.

Starea de dependenţă trebuie recunoscută şi chiar încurajată. Aceasta poate fi uneori dificil pentru asistentul social şi greu de realizat. Asistentul social, încurajând dependenţa, este nevoit să acorde un ajutor mai mare decât cel necesar. În această direcţie, contactele sociale trebuie să fie frecvente, dar de scurtă durată. În cele mai multe cazuri, clientul trebuie să aibă accesul neîngrădit la asistentul social.

Discuţiile cu clientul trebuie menţinute de către asistentul social în planul situaţiei reale şi să evite încercările clientului de a se apăra prin negare sau evadare. Clientul trebuie confruntat cu problema şi descurajat în tentativa de a se găsi vinovat sau de a învinovăţi pe alţii.

De asemenea, asistentul social trebuie să-l ajute pe client să se orienteze spre soluţii pozitive, în acelaşi mod în care încearcă să-l facă să se concentreze asupra realităţii. Asistentul social trebuie să fie conştient de încercările de a fi implicat în soluţii, care se pot

dovedi neadecvate. Pe de altă parte, poate fi implicată familia şi grupul social mai larg, şi clientul trebuie să fie încurajat să abordeze frontal situaţia.

Pentru a se evita administrarea unei medicaţii excesive – ceea ce este o tentaţie pentru orice medic – clientului i se vor explica tehnicile folosite şi se va încerca să se obţină sprijinul lui. Caplan mai considera că nu trebuie să se încerce găsirea unor explicaţii pentru criză şi nici să se facă analiza motivelor pentru care au eşuat abilităţile de a face faţă situaţiei sau au devenit inadecvate.

Pentru folosirea eficientă a acestor tehnici este necesar să se constituie o echipă de intervenţie în momente de criză.

Asemenea metode nu se potrivesc cu modelul clasic egocentric al serviciilor sociale. Experienţa dovedeşte că atunci când echipa de intervenţie în momentul de criză este în întregime folositoare, necesitatea de a interna pacientul în spital scade şi individul este ajutat să se refacă şi să progreseze.

Echipe special instruite, care uneori au în componenţa lor şi personal medical, sunt astfel pregătite să petreacă multe ore la domiciliul clientului, în perioada de criză, lucrând atât cu persoana, cât şi cu familia acestuia. Această străduinţă contrastează cu sistemul nostru, în care singura posibilitate, în cele mai multe din cazuri, disponibilă pentru asistentul social sau pentru medic este un pat într-un spital. Aceasta presupune uneori transportarea bolnavului la distanţe considerabile de locul crizei şi folosirea forţei în baza unor prevederi legale.

II.7. Asistenţa socială şi noile modele de intervenţie psihosocială

Aşa cum am văzut în capitolul anterior, există o mutaţie semnificativă a modelului de rezolvare a problemelor de sănătate ale individului în societatea contemporană. Desigur, cazul bolnavilor psihici este unul cu totul special, date fiind condiţiile cu totul diferite în care evoluează boala – condiţii ce presupun în multe cazuri deplina conştiinţă a situaţiei în care se găsesc, deci a propriei

responsabilităţi. Într-o asemenea situaţie, autoajutorarea ne apare ca un concept lipsit de sens. Şi totuşi, lucrurile nu stau întru-totul aşa.

Respectul faţă de individ trebuie extins în toate situaţiile limită în care el se poate afla. În multe cazuri boala psihică este o situaţie limită. De multe ori externarea bolnavilor psihici – bolnavi care, în cazul psihozelor – nu se bucură de o vindecare, ci doar de o remisiune, îi pune pe aceştia într-o situaţie dificilă, uneori chiar fără ieşire. Se întâmplă ca, după o lungă spitalizare, bolnavii să se găsească în situaţia de a nu mai avea un adăpost şi nici alte mijloace de subzistenţă. Acesta poate fi considerat un exemplu de situaţie de criză socială a unui individ, ce nu mai poate face singur faţă problemei cu care se confruntă. Este momentul în care acţiunea dezinstituţionalizării, a organizaţiilor neguvernamentale să intervină pentru ca fostul pacient să îşi găsească o rezolvare a problemelor care i se ridică în faţă.

Modelul caselor stimulative de îngrijire permanentă a bolnavilor psihici experimentat mai întâi în Suedia, şi care actualmente există şi la noi în ţară, reprezintă o soluţie de tip comunitar. Or, punerea la punct a unui astfel de mecanism, de programe comunitare eficiente pentru bolnavii psihici angajează din plin competenţa asistentului social. În România, un astfel de program a fost pus la punct de organizaţia neguvernamentală Estuar.

Proiectele de sprijinire ale dezinstituţionalizării actului de asigurare a sănătăţii psihice ale indivizilor, prin rezultatele la care au ajuns, au generat concluzia că programele de îngrijire comunitară – pot reduce ratele reinternărilor, pot scurta durata rămânerii în spital şi pot îmbunătăţi situaţia socială şi psihologică a pacientului.

Aceste iniţiative dezinstituţionalizante, care au în vedere aportul unei echipe integrale cu competenţe clare, formate din asistenţi sociali, sociologi, psihologi şi psihiatri, pornesc şi de la o nouă filozofie asupra celui care are nevoie de sprijinul lor. Aceasta vizează modificarea percepţiei asupra statutului celui care are nevoie de acest sprijin, şi care nu mai este considerat a fi pacient – termen ce incubă conotaţii condescendente, ci client, poziţie ce îl plasează pe acesta într-o situaţie de egalitate cu terapeuţii, precum şi de responsabilitate.

Punctul de plecare a acestui tip de intervenție, care vizează reconsiderarea poziției și statutului celui care se găsește în dificultate îl reprezintă psihoterapiile experențiale. Acestea fac un demers de valorificare a disponibilităților ființei umane, o realizare a universalității sale și au drept obiectiv principal contracararea alienării, recâștigarea încrederii în sine și în cei cu care trăiești.

Demersul experențial este unul ce consideră că omul este străbătut de dorința de a găsi și de a îndeplini un sens în cursul existenței sale. În felul acesta, obiectivele acestui tip de terapii sunt atât intrapersonale cât și transpersonale, ele pun în evidență legătura indiscutabilă a individului cu mediul său de viață, cu comunitatea din care face parte.

Psihoterapia experențială consideră omul ca pe o entitate activă, autoafirmativă, cu un potențial latent care trebuie valorificat. În felul acesta opțiunea ei este mai curând pentru perfecționare decât pentru vindecarea unor simptome sau boli. Scopul psihoterapiei îl reprezintă conștientizarea maximală a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință, prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și, în același timp, capabil s-o construiască. Este pus astfel un accent pe autodeterminarea, creativitatea și autenticitatea ființei umane, integrarea corpului cu mintea și spiritul omului.

Orientarea experențială a fost derivată din filozofia existențialistă preocupată de trăirea și devenirea ființei umane. Prin urmare, tulburările psihopatologice sunt privite ca expresii ale scăderii potențialului uman, ca un blocaj sau o pierdere a legăturii cu propria sa experiență internă. Astfel că, spre exemplu, personalitatea nevrotică este o personalitate fragmentară și reprimată, reprimarea fiind privită nu ca în psihoterapie dinamică, ca având o natură eminamente instinctuală, ci ca un fenomen ontologic, pierderea sensului existenței și blocarea posibilităților de manifestare a eului. Astfel, nevroza devine o expresie a disperării existențiale rezultate din înstrăinarea eului de sine însuși și de lumea sa, iar anxietatea reprezintă teama omului de a se confrunta cu propriile sale limite și cu consecințele acestora – moartea și sentimentul neputinței sau al neînsemnătății. Or, originile sentimentului de culpabilitate sunt în ignorarea propriilor posibilități pentru valorificarea cărora omul este unicul responsabil.

Această schimbare de atitudine pe care o propune terapia experențială este o explorare a insului în dificultate împreună cu echipa de specialişti în lumea proprie şi cea reală pentru a redeveni spontan, activ, creativ, autentic. Corecta percepție a propriilor disponibilități afective şi de cunoaştere de către individul aflat în dificultate se bazează pe tipul de relație dintre el şi psihoterapeut.

Astfel, C. Rogers – considerat ca părinte al acestei orientări – susține ideea conform căreia orice organism are tendința înnăscută de a-şi dezvolta capacitățile la nivel optim, atunci când este plasat în condiții optime. În felul acesta, clientul capătă o imagine optimistă despre propria sa persoană care este privită, în aceste condiții, ca fiind valoroasă şi cu multe disponibilități ce trebuie realizate.

Terapeutul – Asistentul Social – nu trebuie să-l modifice pe client, ci doar să-i ofere un mediu plin de căldură şi înțelegere în care acesta să-şi poată actualiza posibilitățile. Astfel încît, asistentul social, ca terapeut, devine un catalizator care-l ajută pe client să-şi valorifice disponibilitățile latente şi să-şi restructureze propria sa personalitate. Relația "asistent social – client" devine o relație terapeutică umanizată de tip mutual, încărcată afectiv, în cadrul căreia fiecare din cei doi parteneri încearcă în mod sincer şi deschis să comunice unul cu altul, atât prin mijloace verbale cât şi non-verbale.

Asistentul social, deşi este o persoană competentă într-o astfel de situație, nu intră în relația terapeutică în primul rând ca un specialist, ci ca o ființă omenească, ca o persoană care inițiază o relație cu o altă persoană.

Pe linia dezinstituționalizării actului terapeutic – terapia experențială nu mai propune o relație terapeutică autoritară, paternală, ci optează pentru o relație mai echilibrată de parteneriat. Prin urmare, asistentul social în calitate de terapeut nu îi oferă clientului său soluții, nu i le impune, ci îl sprijină în direcția posibilității de a-şi controla din interior propriul proces de vindecare. Pentru tehnicile care facilitează exprimarea eului clientului sunt incluse tehnicile dramatice, de jucare de rol sau de imaginație dirijată. În felul acesta fantezia, reveria, sunt considerate preferabile exprimărilor verbale sau interpretărilor şi abordării strict cognitive. Se ajunge la o recâştigare a încrederii în resursele proprii ale clientului. Asistentul social face apel la un astfel de demers terapeutic pentru că el

îşi propune să îndepărteze constrângerile ce acţionează asupra persoanei aflate în dificultate.

E. Dorfmen şi Th. Gordon subliniază că "Rogers C. considera că aceste constrîngeri au sursa în solicitările moraliste pe care şi le autoimpun oamenii atunci când îşi imaginează că nu trebuie să trăiască un anumit g5en de sentimente, cum ar fi, de pildă, cele de ostilitate.

Negând faptul că ei au astfel de sentimente, aceştia nu mai sunt conştienţi de natura reacţiilor lor şi în felul acesta pierd contactul cu experienţa lor autentică, rezultatul fiind un nivel de integrare psihică mai scăzut, relaţii interpersonale falsificate şi diferite forme de dezadaptări"[53].

În acest mod, asistentul social îşi propune prin iniţierea actului terapeutic în primul rând acceptarea de sine a clientului său.

[53] E. Dorfen, Th. Gordon, *Client Centred Constable*, London, Macmillan, 1992, p. 42.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAPITOLUL III

Noua orientare a intervenției psihiatrice

III.1. Modalități de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia

Cercetările în această direcție nu sunt suficient validate. Există o serie de observații clinice a acestei asocieri între efectul psihofarmacologic și cel psihoterapeutic. În acest sens, deosebit de valoros este punctul de vedere exprimat de G. Ionescu[54] care arată că în schizofrenie, după ce efectele clinice au fost ameliorate, fără a fi întrerupt tratamentul psihofarmacologic, este bine a fi urmat o cură de psihoterapie, sub forma unei "pedagogii a realului". Același autor mai afirma că: "în cursul unei psihoterapii, se poate interveni atunci când bolnavul s-ar găsi într-un cerc repetitiv de atitudini stereotipe"[55]. Procedând în acest fel, efectul neurolepticelor se face simțit mult mai bine, ajutând pacientul (clientul) să-și recapete o parte din echilibrul pierdut ca urmare a stării de boală psihică (tulburare mentala).

Pe de altă parte, realizarea unei psihoterapii în timpul tratamentului psihofarmacologic îi dă voie pacientului să tolereze mai bine "faza de acțiune latentă" a medicamentelor, "mărind totodată toleranța la efectele secundare"[56]. Terapeutul poate utiliza, în acest fel, modificările simptomatice, astfel încât să se ajungă la realizarea autocontrolului asupra Eu-lui pacientului cu tulburări mentale. În același timp, relația terapeutului cu pacientul (clientul) este mult

[54] G. Ionescu, *Psihoterapie*, București, Ed. Științifică, 1990, pp. 84-87.
[55] *Ibidem*, p. 84.
[56] H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Psychiatrie*, Paris, Masson, 1978, p. 456.

îmbunătățită, pentru că acesta din urmă scapă în bună măsură de dependența față de medicament.

Este clar că intervenția psihoterapeutică nu a avut rezultatele scontate în toate entitățile nosologice de boală psihică, îndeosebi în cazul extranevrozelor. Eșecul cel mai evident a fost suferit din partea terapiilor psihanalitice care au fost nevoite să recurgă în bună măsură la mijloace psihofarmacologice, pentru ca demersul lor să aibă efect pozitiv.

III.2. Dublarea mijloacelor psihochimice cu cele psihoterapeutice

Apariția neurolepticelor în anii '50 ai secolului XX, nu au condus la abandonarea psihoterapiei. Cu toate că anii de glorie ai psihanalizei începeau să apară la mijlocul secolului trecut, în analizele ce se făceau efectului substanțelor chimioterapeutice noi (de exemplu clorpromazina), se scotea în relief necesitatea faptului că aceste două mari forțe terapeutice, farmacoterapia și psihoterapia, să fie administrate concomitent. Practica terapeutică impunea combinarea factorului chimioterapeutic cu cel psihoterapeutic, pentru ca separat ele nu dădeau satisfacție.

Legătura dintre cele două elemente, farmaceutic și psihoterapeutic, a dat naștere unei ample dezbateri în rândul comunității psihiatrice, deoarece aplicarea acestei combinări s-a dovedit greu realizabilă, ca urmare a mai multor cauze[57].

În primul rând spitalizarea, de relativ scurtă durată, impunea o acțiune terapeutică concretă, care să fie realizată prin efecte rapide, ceea ce impunea intervenția mijloacelor biologice și mai ales psihochimice. Mergând pe același fir de idei, spitalizarea de scurtă durată nu dădea voie realizării unei psihoterapii propriu-zise, care în tradiție psihanalitică, mai ales, este larg eșalonată în timp, impunându-se a fi continuată după externare, prin preluarea pacientului de către medicul din teritoriu. Apoi, terapeutul ce asigura asis-

[57] G. Ionescu, *Psihoterapie*, ed. cit., pp. 84-87.

tența ambulatorie, spre deosebire de cel din spital, are dificultăți în aplicarea unui tratament neuroleptic din cauza efectelor secundare.

De asemenea, limitările impuse terapeutului din teritoriu, în privința acordării concediilor medicale, împiedică aplicarea corespunzătoare a tratamentului psihofarmacologic, cât și a celui psihologic. Pe de altă parte, folosirea medicamentelor în psihoterapie necesită un studiu foarte adâncit al acțiunii lor. Nevoia asocierii psihotropelor la psihiatrie, ca și metodologia acestei asocieri, este cu atât mai insistent invocată de clinicianul psihiatru, cu cât el cunoaște limitele intervențiilor strict psihologice și apreciază beneficiile legate de specificitatea de acțiune și de forța substanțelor psihotrope.

Cu toate că apare atât de evidentă necesitatea utilizării celor două mijloace psihoterapeutic și psihochimic, nu există studii aprofundate care să le pună corect în evidență efectul terapeutic conjugat. Lipsa multor studii concrete în legătură cu problema luată în discuție nu mă împiedică să redau unele aprecieri și observații, care deși nu sunt validate suficient prin experiment, pot servi ca orientare generală.

Așa încât, de pildă, în schizofrenie – entitatea nosologică cea mai severă în psihiatrie – după estomparea fenomenologiei clinice acute, fără a întrerupe tratamentul psihofarmacologic, se recomandă o cură psihoterapeutică nepsihanalitică în sensul unei "pedagogii a realului". Este momentul în care asistenții sociali specializați pot interveni pentru a forma clientului abilității de orientare, astfel încât aceștia să ofere răspunsuri de tip adaptativ social.

Morbiditatea formei clinice schizofrenice face ca acțiunea în echipă a asistentului social, psihoterapeut și medic chimioterapeut, să fie necesară, pentru că în timpul curei psihoterapeutice, pot interveni modificări bruște. Astfel, în cursul unei psihoterapii, se poate interveni prin mijloace chimioterapeutice atunci când bolnavul (clientul – pentru asistentul social) s-ar găsi într-un cerc repetitiv de atitudini stereotipe. În aceste situații, efectul acțiunii neuroleptice se face simțit imediat, fiind ilustrat (și în cazul ședințelor) printr-un "nou nivel al fenomenelor defensive", în timp ce producțiile psihotice sunt eliberate cu ușurință, cu slabe rețineri.

În sens invers, intervenţia psihoterapeutică în cursul tratamentului psihofarmacologic permite pacientului (clientului) să tolereze mai bine faza de acţiune latentă a medicamentelor, mărind totodată toleranţa la efectele secundare. Drept urmare, asistentul social, ca terapeut, are posibilitatea de a exploata modificările simptomatice, în vederea reluării şi securităţii Eului, ameliorându-se relaţia terapeutică cu clientul – astfel încât acesta din urmă să fie pregătit pentru a reintra în normalitatea spaţiului social – şi a se evita prin aceasta creşterea dependenţei lui faţă de spaţiul clinic.

Trebuie subliniat faptul că clinicienii de orientare psihanalitică resimt insatisfacţia rezultatelor demersului lor, preconizând, cel puţin pentru cazurile extranevrotice, pe de o parte modificări în "tehnica analitică", pe de altă parte intervenţii psihofarmacologice. Se subliniază, în acest sens, importanţa utilizării simultane a resurselor psihoterapiei inspirate din psihanaliza şi mijloace farmacologice, sporindu-se astfel şansele terapeutice.

Utilizarea celor două mijloace terapeutice au, însă, în anumite condiţii, fie efecte pozitive, fie negative. În ceea ce priveşte efectele pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, ele sunt ilustrate prin reducerea simptomatologiei şi în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităţilor de comunicare a contactelor interpersonale, favorizând apariţia unor noi posibilităţi de relaţionare. Pe de altă parte, efectele negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei sunt exprimate prin scăderea tonusului emoţional, a capacităţii de rezonanţă afectivă şi, consecutiv, prin "distanţarea" faţă de problematica situaţională şi interpersonală. Se constată, totodată, o diminuare a motivaţiei de vindecare şi a capacităţii de participare la actul terapeutic prin accentuarea regresiunii şi perpetuarea dependenţei odată cu creşterea încrederii "magice" în terapeut. În ceea ce-l priveşte, având posibilitatea utilizării medicaţiei psihochimice, terapeutul este încurajat de a folosi acest mijloc facil, mimându-l uneori în mod autoritar agresiv.

Întorcând relaţia cauzală invers, efectele pozitive ale psihofarmacologiei, constau, în primul rând, în facilitarea complianţei pacientului privind prescripţiile medicamentoase ale medicului.

Acest fapt conduce la realizarea unei relaţii terapeutice autentice, fiind punctul de plecare în transformarea pacientului, într-o persoană conştientă şi responsabilă, într-un client.

Cât priveşte efectele negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, ele sunt rare şi doar sporadic semnalate. De obicei, ele se referă la creşterea anxietăţii ori a ideaţiei psihotice, fapt ce interferează negativ acţiunea substanţelor neuroleptice.

Este posibil ca interacţiunea demersului psihoterapeutic şi a celui psihochimic să determine reorientarea atitudinilor psihoterapeutice, care nu se va face în funcţie de caracteristici nosografice, ci de reacţii personale ale clientului (pacientului) şi de modificările psihologice relativ specifice, produse de substanţele psihofarmacologice. Combinarea intervenţiilor de natura psihologică cu cele de natură clinică este şi rezultatul punerii în evidenţă, prin cercetările întreprinse, a naturii plurifactoriale, din punct de vedere etiopatogenic, a tulburarilor mentale. Astfel că, pornind de la această constatare, concepţiile contemporane despre boala psihică recunosc că "evoluţia tulburărilor psihiatrice majore poate fi influenţată atât de factori psihologici, cât şi biologici"[58].

În felul acesta, se impune prezenţa asistentului social în actul combinat de intervenţie psihochimică şi psihoterapeutică, în favoarea bolnavului psihic tratându-l cu respect şi înţelegere, pregătindu-l pentru reinserţia în normalitatea socială. Asistentul social are rolul de a-l susţine în realitate pe clientul său, care are tulburari mentale, încercând prin mijloace diverse psihoterapeutice, să-l retransforme în om sănătos, colaborând cu medicul psihiatru şi ceilalţi specialişti, printr-o bună comunicare, schimb de informaţii şi sincronizare a demersurilor terapeutice.

[58] G. Marder, *Combining Family Therapy and Pharmachotherapy,* New York, Grune Str. Tato, 1981, p. 359.

CAPITOLUL IV

Clasificări internaționale ale tulburărilor mentale

IV.1. Clasificarea internațională CIM 9 şi CIM 10 (Clasificare a Organizației Mondiale a Sănătății)

Aceasta reprezintă un sistem de clasificare pentru toate bolile (deci şi pentru bolile somatice). În ceea ce priveşte bolile psihice, CIM 9 le împarte în 3 categorii principale, 30 de subgrupe şi 150 de diagnostice). Clasificarea aceasta mai are, în plus, un glosar ce prezintă pe scurt unitățile de clasificare. Acestea au fost realizate în funcție de mai multe aspecte (etiologice, sindrom, evoluție terapie) care au o importanță diferită în ceea ce priveşte unitățile diagnostice. Clasificarea CIM 10 are o structură statistică şi se bazează pe comparații internaționale, fiind prea puțin adecvată cercetării şi elaborării de planuri terapeutice, dar utilă activității clinice spitaliceşti.

În ceea ce priveşte grupul psihozelor care interesează cercetarea noastră, acesta este definit astfel: "Tulburări mentale în care afectarea funcționării mintale este de aşa natură încât perturbă grav conştiința, contactul cu realitatea şi posibilitățile de a face față problemelor existenței. Termenul psihoză nu este definit exact. Înapoierea mintală este exclusă" (CIM – Nt. 290-299).

Prin urmare, în cazul psihozelor este vorba de o alterare, de o destructurare sau de o dezintegrare a centrului persoanei, a "eului" sau a sinelui, care este însoțită de tulburări privind experiența propriului corp, în legătură cu timpul, spațiul şi realitatea. În funcție de pacienți, de gravitate, de momentul şi forma tulburării, această stare este însoțită de sentimente mai mult sau mai puțin puternice de neliniște, de angoasă sau de groază, de alienare sau de disperare.

Există, potrivit lui CIM 10, două grupe de psihoze clasificate astfel: *psihoze organice* şi *alte psihoze*. Din grupa psihozelor organice fac parte: stări psihotice senile şi presenile; psihoze alcoolice; psihoze datorate drogurilor; stări psihotice organice tranzitorii; alte stări psihotice organice (cronice). Cealaltă grupă a altor psihoze cuprinde: psihoze schizofrenice; psihoze afective; stări delirante; alte psihoze neorganice; psihoze specifice copilăriei.

Psihozele organice se manifestă ca tulburări ce au cauze de natură organică, cum este, de pildă, o boală cerebrală. În acest caz, starea de boală poate fi provocată de alterări ale vaselor de sânge (ca ex. arterioscleroza), de astrofii senile (de ex. demenţa senilă), de droguri sau de intoxicaţii (de ex. alcoolismul cronic).

Psihozele endogene sunt psihozele care, se presupune, au o cauză organică, cu toate că nu a putut fi pus în evidenţă, în mod cert, un asemenea fapt. Noţiunea de *psihoză endogenă* a fost utilizată în legătură cu tulburările maniacodepresive şi schizofrenice şi trebuia să indice că nu este vorba de o boală psihogenă (adică provocată de factori psihici), ci de o boală ereditară, congenitală sau somatică, a cărei cauză precisă este încă ignorată. Această noţiune este tot mai puţin utilizată, iar D.S.M. IV TM chiar a renunţat la ea.

Pe de altă parte, trebuie pusă în evidenţă şi diferenţa care apare între psihoze şi un alt grup de boli psihice, distincţie marcată de CIM 10, şi anume nevrozele. Această distincţie nu este uşor de realizat, ea ridicând numeroase probleme, chiar controverse.

CIM 10 consideră că nevrozele sunt tulburări mentale care nu au nici un fel de bază organică. Pe de altă parte, spre deosebire de psihoze, bolnavul nevrotic îşi poate păstra o perfectă luciditate, realitatea nemaifiind alterată pentru acesta, astfel că el nu confundă experienţele sale subiective şi fantasmele sale morbide cu realitatea exterioară. În ceea ce priveşte comportamentul, el poate fi perturbat, neieşind din limitele acceptabilităţii sociale, pentru că personalitatea sa nu este dezorganizată complet, ca în cazul psihozelor.

În afară de această distincţie dintre psihoze şi nevroze, se impune o alta, şi anume cea dintre psihoze şi tulburările de personalitate (psiho-patiile, nevrozele de caracter). În CIM 10 găsim aprecierea că tulburările de personalitate sunt forme de comporta-

ment inadaptat profund fixate, uşor de recunoscut în adolescenţă sau mai devreme şi persistând în cea mai mare parte a vieţii de adult, deşi devin adesea mai puţin evidente în perioada vârstei mijlocii şi a bătrâneţii.

Personalitatea este anormală, fie în ceea ce priveşte echilibrul, calitatea sau expresia comportamentelor sale. Această alterare cauzează suferinţe bolnavului sau anturajului său, cu consecinţe nocive pentru individ sau societate; tulburările acestea mai sunt denumite, câteodată, şi cu numele de *personalitate psihopatică*. Nu trebuie pierdut din vedere faptul că tulburările de personalitate nu conduc, ca în cazul psihozelor, la o pierdere a contactului cu realitatea – CIM 9 şi CIM 10 – ICDX 1992[59].

IV.2. Clasificarea tulburărilor psihice conform D.S.M. IIIR şi IV TM[60]

În lucrările D.S.M. (IIIR şi IV TM), clasificare realizată de Asociaţia Americană de Psihiatrie (American Psychiatric Association), este vorba de un sistem de clasificare multiaxial, care permite evaluarea pacientului în următoarele cinci domenii (axe):

Axa I conţine sindroamele clinice, *Axa II* – tulburările de dezvoltare şi de personalitate, *Axa III* corespunde stărilor şi tulburărilor fizice, *Axa IV* indică nivelul de gravitate şi factorii de stress psihosociali, iar *Axa V* indică evaluarea globală a nivelului de funcţionare psihosocial.

Spre deosebire de Clasificările OMS–CIM, în cele ale D.S.M. nu se vorbeşte de boală, ci de tulburare. Stabilirea unităţilor de clasificare este orientată mai ales în funcţie de configuraţiile clinice importante ale comportamentelor, de sindroame sau de caracteristici, urmărindu-se deci o orientare mai degrabă descriptivă, şi mai

[59] *Clasification of Mintal and Behavioricals Discorders - World Health Organisation*, Geneva, 1992.

[60] *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Discorders*, Washington, 1984, 1994.

puţin etiologică. De aici apar şi alte clasificări decât în CIM, chiar până la abandonarea noţiunii de nevroză.

Clasificările din D.S.M. IIIR şi D.S.M. IV sunt mult mai descriptive şi de aceeaa pot fi utilizate cu mai mare succes în cercetare. D.S.M. conţine informaţii asupra nivelului de gravitate al factorilor de stress psihosocial, cât şi o evaluare globală a nivelului de funcţionare psihosocial. D.S.M. IIIR şi D.S.M. IV vorbesc de tulburări şi nu de boli mintale. Potrivit lor avem:

- tulburări ce apar de obicei în prima sau a doua copilărie sau în adolescenţă;
- tulburări mentale organice;
- tulburări legate de utilizarea substanţelor psihoactive;
- schizofrenii;
- tulburări delirante (paranoice);
- tulburări psihotice neclasate în altă parte;
- tulburări de dispoziţie;
- tulburări anxioase (stări nevrotice anxioase şi fobice);
- tulburări somatoforme;
- tulburări disociative (sau nevroze isterice de tip disociativ);
- tulburări sexuale;
- tulburări de somn;
- tulburări artificiale;
- tulburări ale controlului impulsurilor neclasate în altă parte;
- tulburări de adaptare;
- factori psihologici influenţând o afecţiune fizică;
- factori de personalitate;
- coduri pentru situaţiile ce nu pot fi atribuite unei tulburări mintale, ce motivează un examen sau un tratament;

BCU IAŞI - BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ

CAPITOLUL V

Intervenția asistenței sociale în cazul clienților-bolnavi de schizofrenie

V.1. Dimensiunea clinic-medicală

V.1.1. *Schizofrenia în raport cu alte tulburări psihotice. Elemente clinice definitorii specifice schizofreniei*

Tulburările psihotice sunt considerate în D.S.M. IV TM ca fiind dominate de fenomenul psihotic. Noțiunea de *psihotic* a primit mai multe definiții de-a lungul timpului, din care nici una nu a fost general acceptată. Definiția considerată cea mai simplă este cea care consideră că fenomenul se restrânge la idei delirante și la halucinații notabile, cu halucinații semnificative survenind în absența conștientizării naturii lor organice. O definiție mai puțin restrictivă presupune, de asemenea, halucinațiile notabile pe care individul le conștientizează, ca fiind rezultatul unor experiențe halucinatorii. Și mai amplă ar fi definiția care include și alte simptome pozitive de schizofrenie, de ex. dezorganizarea limbajului, comportamentul flagrant dezorganizat sau catatonic. În final, am putea afirma că termenul ar putea fi înțeles ca o pierdere a limitelor eului, ori ca o deteriorare flagrantă a simțului crtic. În schizofrenie, termenul de *psihotic* se referă la idei delirante, la orice fel de halucinații semnificative, la dezorganizarea limbajului, ori la comportamentul dezorganizat sau catatonic.

Schizofrenia este, conform lui D.S.M. IV TM, o tulburare care durează cel puțin 6 luni și include cel puțin o lună de simptome ale fazei active – adică două sau mai multe din următoarele

simptome: idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat, comportament flagrant dezorganizat sau catatonic, simptome negative.

În explicația aceluiași criteriu de clasificare internațională a tulburărilor mentale D.S.M. IV TM, elementele semnificative ale schizofreniei sunt constituite de o mixtură de semne și simptome caracteristice, atât negative, cât și pozitive, care au fost prezente o perioadă importantă de timp, în cursul unei luni de zile (ori un timp mai scurt), dacă au fost tratate cu succes, și cu unele semne ale tulburării persistând timp de cel putin 6 luni de zile. Aceste semne și simptome sunt asociate cu o disfuncție socială sau profesională marcantă. Simptomele caracteristice de schizofrenie includ o serie de disfuncții cognitive și emoționale care cuprind percepția, gândirea inferențială, limbajul și comunicarea, capacitatea hedonică, voința și motivația, atenția, afectul, fluența și productivitatea gândirii. Nici un semn clinic, se arată în D.S.M. IV TM, de unul singur nu este patognomic schizofreniei, diagnosticul implicând recunoașterea unei constelații de semne și simptome asociate cu deterioarea funcționării socal-familiale și profesionale.

V.2. Aspecte ale substratului morfopatologic al schizofreniei

Din punct de vedere macroscopic, creierul schizofrenului nu prezintă modificări. Însă unii autori (Wildi și colab. – 1967; Tătescu – 1964) au arătat că volumul cerebral al schizofrenului este mai mare decât cel normal. Au fost făcute observații conform cărora ventriculii cerebrali ar avea un volum mai mic, însă și acest punct de vedere este contestat, mai ales din perspectiva analizei tomografice computerizate. De asemenea, Nasrallah și colab. (1981), au demonstrat că acest volum este normal sau că se produc dilatări ale ventriculelor în cazurile cu evoluție îndelungată. Au mai fost semnalate, inconstant, și prezența atrofiei cerebrale și cerebeloase de către mai mulți autori: Peters (1956), Crow și colab. (1980), Joanota (1980), Weinberger (1979) ș.a.

Concluzia generală actuală, din punct de vedere microscopic, este că schizofrenia nu prezintă un tablou histopatologic specific.

W.Wildi şi colab. (1967) constată, ca o particularitate a schizofrenului, rezistenţa crescută a vaselor cerebrale ale acestuia faţă de scleroză, hialinoza şi angiopatia dishorică senilă; aceeaşi autori citaţi constată, de asemenea, o rezistenţă crescută a parenchimului cerebral al schizofrenului faţă de leziunile de tip senil (plăci senile, degencrescenţă neurofibrală Alzheimer). Concluzia este că toate modificările intervenite în activitatea cerebrală în aspectul histografic al zonei cerebrale nu pot fi considerate decât ca perspectivă generalizatoare .

V.2.1. *Consideraţii privind diagnosticul de schizofrenie*

K. Jaspers, analizând psihopatologic viaţa psihică schizofrenică, ajungea la caracterizarea ei globală ca fiind incomprehensibilă. Studiul fenomenologic al schizofreniei scoate în evidenţă faptul că pentru bolnavul schizofren aproape toate procesele psihice sunt desemnate ca "făcute" sau "produse". El este prizonierul propriilor sale trăiri psihice, el nu mai are libertatea propriilor percepţii, senzaţii, sentimente, acte voluntare, el nu mai este stăpânul propriilor sale gânduri. Pe de altă parte, faptele, gândurile, modul de a comunica ale schizofrenului devin incomprehensibile pentru cei din jur.

Însă punctul de vedere al lui Jaspers, care consideră criteriul de incomprehensibilitate al vieţii psihice schizofrenice drept determinant fenomenologic, este privit absolutizant de cercetările recente asupra unor psihoze reactive şi afective.

Astfel că, diagnosticul schizofreniei, în multe cazuri, cu deosebire după o evoluţie îndelungată sau în formele cronicizate, nu prezintă dificultăţi. În felul acesta este clară prezenţa unor semne ca tulburări de coerenţă a gândirii şi vorbirii, modificări de afectivitate şi în special dificultatea realizării contactului afectiv, dar şi delirul, halucinaţiile, fenomenele catatonice sunt între cele mai certe indicii diagnostice.

Trebuie subliniat că nu putem considera prezenţa unui singur simptom ca suficient; se impune o apreciere a întregului tablou clinic, o evaluare a tuturor funcţiilor psihice, a gradului lor de tulburare şi respectiv, de conservare.

V.2.2. *Aspecte ale etiologiei schizofreniei*

Există două categorii de determinări statistice care au permis elaborarea teoriei genetice în schizofrenie.

- Prima categorie grupează coeficienții de concordanță (care exprimă procentual coincidența bolii la frații gemeni);
- A doua categorie cuprinde datele referitoare la incidența maladiei la consanguinii schizofrenicilor.

Cercetările pe familii şi cele asupra gemenilor duc la aspecte comparative între riscul de îmbolnăvire în populația generală şi care este de 0,85%.

În altă ordine de idei, un mare număr din cazurile considerate boli psihice, în familiile de schizofreni, sunt considerate de M. Bleuler schizofrenii latente, îndeosebi personalitățile ce au comportamente, atitudini anormale.

În multe situații, persoanele care, îndeosebi în adolescență sau chiar copilărie, sunt ciudate, retrase, manifestă tendințe autiste, devin schizofrenii de mai târziu, fapt ce ridică întrebarea dacă nu cumva există în cazul acestora tendințe, dispoziții sau chiar un început insidios al manifestării psihopatologice. În acest sens, E. Kretschmer a realizat un studiu asupra rudelor bolnavilor, a personalității pre-psihotice şi a tabloului psihic după un puseu psihotic, descriind, în felul acesta, cunoscuta serie *schizofrenie – schizoidie – schizotimie*, care este paralelă cu seria *psihoză maniaco-depresivă – cicloidie – ciclotimie*. În limitele normalului este considerată schizotimia, în timp ce schizoidia reprezintă o stare de graniță între bolnav şi sănătos. Potrivit lui Kretschmer, nu se poate realiza o separare psihologic psihoticului şi nepsihoticului cu personalitate schizoidă, tablourile trebuind văzute în întrepătrunderea lor.

Există, în cazul *schizoizilor*, grupate în trei categorii următoarele trăsături de caracter:

- Rezervat, nesociabil, liniştit, lipsit de umor, serios;
- Sensibil, sfios, nervos, delicat, timid, excitat, iubitor al naturii şi cărților;
- Blând, cumsecade, docil, calm, lipsit de afectivitate.

E. Kretschmer identifică prima grupă cu autismul descris de Bleuler, celelalte două grupe opuse reprezentând bipolaritatea între hipersensibilitate şi răceală.

Schizoidul, din punct de vedere social, poate fi nesociabil absolut, sociabil în mod eclectic sau superficial, iar tempo-ul psihic este tenace sau în salturi. Kretschmer a descris o serie de tipuri din grupa schizoizilor predominant hiperestezici (sensibil fără afect, aristocratic, delicat si rece, idealist, patetic) şi din a celor reci şi lipsiţi de afectivitate (despotic, rece, irascibil şi inafectiv). Se consideră că întreaga serie a schizotimicilor, schizofrenicilor şi schizoizilor au ca punct comun faptul că sub aspect constituţional sunt leptosomi, în timp ce tipul picnic apare mult mai rar.

În urma unei cercetări asupra personalităţii premorbide a unui grup de 351 de schizofreni, Bleuler a găsit în 34% din cazuri schizoidii grave de diferite tipuri: bănuitori, hipersensibili, uşuratici şi inafectivi, paranoizi, timizi, sensibili, fanatici, bigoţi, excentrici; celelalte forme de psihopatie nu erau mai frecvente la schizofrenici decât în restul populaţiei.

Trebuie subliniat faptul că schizoidia se constată frecvent în familiile schizofrenilor şi ca personalitate premorbidă la bolnavii înşişi, ea apare, însă, şi în familiile neschizofrenilor. Pe de altă parte, în numeroase cazuri bolnavii schizofreni nu au prezentat trăsături disarmonice ale personalităţii.

Schizoidia, în multe cazuri, poate fi interpretată ca un mod de manifestare modificat al genotipului schizofrenic. În alte cazuri, ea ar putea fi expresia heterozigotismului, a unor predispozitii parţiale, sau ar putea reprezenta un factor predispozant.

Ipotezele emise în legătură cu substratul morfologic al schizofreniei, în cea mai mare parte, nu au fost susţinute în planul observaţiei ştiinţifice practice. Multe din aceste ipoteze angajau un punct de vedere potrivit căruia schizofrenia ar fi provocată ca urmare a existenţei unor leziuni în diferite părti ale zonei cerebrale. În felul acesta, de exemplu, în *Enciclopedia medico-chirurgicală* din 1969 se afirmă că schizofrenia nu are leziuni specifice. În acelaşi timp, creierul schizofrenului nu prezintă modificări la nivel macroscopic, iar din punct de vedre microscopic, concluzia gene-

rală actuală este că schizofrenia nu prezintă un tablou histopatologic specific.

Analizând ipotezele cu privire la etiologia schizofreniei, constatăm existența unui punct de vedere potrivit căruia această ipoteză, apărută în legătură cu evenimentele produse în primul război mondial, nu a putut fi confirmată în urma unor observații științifice riguroase.

V.2.3. *Aspecte privind evoluția și prognosticul clinic al schizofreniei*

S-a plecat la definirea cadrului cnosologic al schizofreniei, de la evoluția și formele clinice de manifestare ale acesteia. Unul dintre cei mai importanți psihiatri, K.Leonhard, considera, spre exemplu, că remisiunea bolii înainte de șase ani, presupune existența unei stări schizofrenice și nu a unei schizofrenii.

Alți autori, precum A.Langfeldt și R.Kleist, au considerat că absența deteriorării după un număr de zece ani sau mai mult ridică problema revizuirii diagnosticului de shizofrenie. Potrivit lui Langfeldt și Kleist, schizofrenia se caracterizează prin constanta tendință de deteriorare a stării bolnavului și prin impunerea unor elemente ce se manifestă cu regularitate. Regresiunea pare a fi elementul cheie ce definește starea bolnavului de schizofrenie, existând, la acesta, o tendință generală către dezintegrare a personalității.

Există o serie de studii, devenite clasice, catamnetice, care dezvoltă un punct de vedere oarecum optimist în legătură cu fenomenul schizofreniei. În acest sens, amintim studiile lui M. Bleuler (1972), ale lui S.Huber, L.K.Gross și M.Schuttler (1979) și cel al lui L.Ciampi (1980). Cele trei studii menționate au rezultate concordante, fiind compatibile și sub aspect metodologic. Stările finale considerate a fi favorabile la loturile observate au fost de 53% din cazurile lui M. Bleuler, de 99% în studiul lui Ciampi și de 57% în cel a lui Huber. Rezultatele celor trei studii conduc la ideea că aproximativ jumătate (50%) din cazuri evoluează benign, existând, însă si forme maligne ce au consecințe negative extreme.

În studiul lui M. Bleuler, aceste forme maligne reprezintă aproximativ 5% din cazuri, iar în studiul lui Ciampi – 6%. Din studiul lui Huber şi colab., reiese că din cei 778 bolnavi luaţi sub observaţie, au fost examinaţi la sfârşitul experimentului doar 302. Dintre bolnavii lotului iniţial, 12% au refuzat examenul, iar 146 au decedat înaintea încheierii studiului catamnezic. Aceştia din urmă au murit în proporţie de 43,2% din cauza unor boli interne; 24,2% sinucidere; 0,1% moarte prin catatonie malignă.

În studiul realizat de Ciampi, 49% dintre bolnavi au avut un final favorabil – 27% remisiuni complete; 22% cu reziduuri minore. În cazul lotului lui Ciampi, deznodământul social arată că 2/5 din bolnavi trăiau cu familiile sau în mod independent, 1/5 în instituţii comunitare, iar 2/5 în spitale.

Ciampi arată, în studiul pe care l-a condus, că deşi vârsta medie în momentul reexaminării era de 74 de ani, 50% dintre subiecţi încă mai lucrau: aproximativ 2/3 lucrau cu normă redusă, iar 1/3 cu norrmă întreagă. La 1/3 din cazuri adaptarea socială a fost bună şi foarte bună, iar la 2/3 intermediară sau proastă. Constatarea aceasta l-a determinat pe Ciampi să afirme că principalele reziduuri sau consecinţe ale bolii nu se situează în domeniul persistenţei elementelor productive psihopatologice ale schizofreniei, ci în domeniul funcţionării sociale înrăutăţite.

În ceea ce priveşte problema remisiunii în cazul schizofreniei, clasică este clasificarea făcută de T.Sereiski (1939). Potrivit acesteia, există patru tipuri de *remisiuni*, după cum urmează:

• *Tipul 1*: Remisiunea permite reintegrarea bolnavului în familie, societate şi profesie; aceasta este echivalentă cu vindecarea.

• *Tipul 2*: Remisiunea permite reintegrarea bolnavului în familie şi societate, reâncadrarea în muncă se face însă, la un nivel inferior celui anterior.

• *Tipul 3*: Remisiunea permite reintegrarea în familie, care se responsabilizează cu supravegherea şi îngrijirea pacientului; în acest caz ergoterapia este accesibilă.

• *Tipul 4*: Remisiunea constă, doar, în stabilizarea simptomelor fără ca reintegrarea lui în familie şi societate să aibă loc; în acest caz pacientul schizofren necesită îngrijiri în serviciul de cronici, iar terapia ocupaţională este accesibilă.

Există mai multi factori ce trebuie luați în considerație în ceea ce privește prognosticul cazului individual:

• *Debutul bolii*: cele mai multe remisiuni se obțin în cazurile cu debut acut, confuz, delirant oniric, catatonic și paranoid polimorf; potrivit lui M. Bleuler, debutul acut are un prognostic cu mult mai favorabil decât debutul insidios.

• *Vârsta la care debutează boala*: cu cât boala apare la o vârstă mai tânără, cu atât prognosticul este mai grav.

• *Prognosticul schizofreniei infantile* cu evoluție lentă este destul de rezervat în comparație cu schizofrenia puberului și a adolescentului, și cu atât mai sever cu cât debutul a fost mai precoce.

Procesul morbid interferează cu însăși dezvoltarea intelectuală, cât și cu formarea pesonalității.

Prognosticul schizofreniei pubertare este mai favorabil decât cel al cazurilor de schizofrenie infantilă, dar mai sever în comparație cu cele care debutează în perioada de adult.

1. *Tabloul clinic psihopatologic.* Toate stările cu tulburare a conștiinței (care au un aspect identic cu tipul de reacție exogenă acută), precum și tablourile cu o coloratură afectivă accentuată, maniacală sau depresivă, au un prognostic mai bun; prognosticul este mai puțin bun dacă există tulburări de gândire la un bolnav cu conștiință clară.

O coloratură afectivă netă și în general, o comprehensibilitate relativă a situațiilor de viață, în cazurile acute, oferă un prognostic bun, acest criteriu rămâne înșelător. Existența unui răspuns emoțional adecvat este un indiciu de evoluție favorabilă.

În diferite forme clinice este strâns legată de simptomatologie problema prognosticului. Cel mai favorabil prognostic îl au formele catatonice – cu excepția catatoniilor agitate și prelungite ale copiilor, formele cu stări depresive și maniacale atipice, forma paranoidă.

Hebefrenia are un prognostic rezervat, iar forma simplă, mai ales perspectivele rămân în general negative.

2. *Constituția.* Habitusul astenic și displastic constituie, după unii autori, indicii pentru o evoluție și un prognostic în general mai grave, în timp ce tipul picnic, la care, de altfel, schizofrenia apare

mult mai rar, conduce la evoluţii clinice atenuate, care ajung frecvent la bune remisiuni.

3. *Personalitatea prepsihotică.* După Mayer Gross, o personalitate prepsihotică bine integrată, bine adaptată în activitatea socială, sexuală şi competiţională, prezintă şanse relativ mari de remisiune după un puseu psihotic discordant; personalitatea schizoidă este considerată ca având o semnificaţie de prognostic rezervată.

4. *Nivelul intelectual.* Între cazurile recuperate de M. Bleuler a găsit un procent mai mare de indivizi cu nivelul intelectual peste medie; invers, pentru bolnavii cu deteriorare importanţă al caror nivel, intelectual este redus. Aceste concluzii nu întrunesc majoritatea opiniilor.

5. *Factorii precipitanţi.* Existenţa unor factori somatogeni sau psihogeni în declanşarea tulburării mentale pledează pentru un prognostic în general mai favorabil.

6. *Ereditatea.* Semnificaţia încărcării ereditare morbide în predicţia evolutivă este îndoielnică. La copii se consideră că ponderea factorului ereditar este cu atât mai mare cu cât debutul este mai precoce.

7. O nouă variabilă trebuie luată în consideare faţă de toate criteriile clasice, şi anume *Variabila Terapeutică.*

Natura tratamentelor utilizate, momentul aplicării lor, dozele şi duratele administrării, continuarea tratamentului de întreţinere, existenţa măsurilor complexe şi gradate de recuperare, contribuie substanţial la ameliorarea prognostică şi procentuală a remisiunilor şi a integrării sociale a schizofrenilor.

În România, M. Lazărescu sublinia, în anul 1986, pe baza unui studiu asupra evoluţiei instructiv profesionale a unui lot de 503 bolnavi aflaţi în evidenţa L.S.M. din Timişoara, că deteriorarea în timp a capacităţilor instructiv profesionale este procentual mai accentuată în primii doi ani, cu o descreştere în următorii trei ani şi cu o tendinţă ulterioară la aplatizare a curbei deteriorării. Potrivit acestui studiu, este posibilă menţinerea sau chiar creşterea temporară

sau de durată a nivelului instructiv profesional. În acelaşi timp, se ajunge la concluzia că evoluţia statutului profesional corelează statistic semnificativ cu tabloul final şi cu nivelul instructiv profesional[61].

L. Ciampi, în studiul "The Natural History of Schizofrenia in the Long Time"[62], evidenţiază, legat de deznodământ, pe baza ierarhizării variabilelor în ordinea coeficienţilor de corelaţie cu aspectele deznodământului (situaţia prezentă de locuit, durata totală a internărilor în spital, tipul evoluţiei, durata primei îngrijiri în spital, situaţia actuală de muncă, adaptarea socială premorbidă, adaptarea profesională premorbidă, personalitatea premorbidă, tipul debutului, sănătatea actuală, severitatea simptomatologiei iniţiale, vârsta la prima internare, vârsta actuală, starea civilă, pregătirea profesională, ocupaţia) evidenţiază trei factori generali care sunt determinanţi pentru deznodământul global:

1. *Un factor de personalitate* – cu cât personalitatea premorbidă este mai adaptată şi mai armonioasă, cu atât evoluţia favorabilă este mai probabilă statistic.

2. *Factorul boală* (*Gestalt*) – poate fi identic sau legat de factorul personalitate şi anume: cu cât unele caracteristici principale ale bolii sunt mai tranzitorii (tipul debutului, productivitatea şi caracterul acut al simptomatologiei iniţiale, forma de schizofrenie), cu atât evoluţia favorabilă este mai probabil statistic.

3. *Factorul vârstă.* A doua jumătate a vieţii exercită adesea o nivelare şi calmare a fenomenologiei schizofreniei. Cu cât persoana înaintează în vârstă, cu atât este mai probabil statistic un curs favorabil al bolii.

În final, Ciampi subliniază că pentru oricine care nu leagă conceptul de Schizofrenie de un deznodământ prost obligatoriu, enorma varietate a evoluţiilor posibile arată că nu există un curs specific al schizofreniei.

Ciampi, în capitolul "Relaţii între deznodământ, tratament şi alte variabile" a lucrării sus amintite, face constatarea surprinză-

---

[61] M. Lăzărescu şi colab., "Studiu asupra evoluţiei instructiv profesionale a schizofrenilor; Neurologia", Bucureşti, 1986, pp. 129-138.

[62] L. Ciampi, "The Natural History of Schizofrenia in the Long Time", in *Brit. J. Psychiat.*, 136, 1981, pp. 413-420.

toare şi dezamăgitoare, în acelasi timp, că nu există diferenţă semnificativă statistic între deznodămintele primelor internări în diferite perioade terapeutice. Altfel spus, schizofrenii internaţi prima dată în deceniile 4-5 ale sec. al XX-lea, nu au avut un prognostic mai bun decât cei internaţi în primele trei decade ale secolului – adică înainte de introducerea şocurilor hipoglicemice, a electroşocului.

Bolnavii studiaţi de Ciampi, în perioada preneurolepticelor, au făcut în proporţie de 6,5% terapie electroconvulsivantă; 12,5% - insulină; 31% medicamente preneuroleptice; 50% dintre ei nu au primit nici un tratament. Autorii subliniază că nu a existat nici o diferenţă de deznodământ între bolnavii cu diferite forme de tratament.

M. Bleuler afirmă că terapia de întreţinere, cât şi precocitatea începerii tratamentului nu ar avea valoare, iar Huber susţine că remisiunile sociale nu depind de aplicarea tratamentului psihotrop ambulator.

Toate aceste afirmaţii trebuie văzute cu o mare prudenţă, pentru că este greu de prevăzut ce s-ar fi întâmplat dacă tratamentele nu ar fi fost aplicate, starea bolnavilor ar fi fost probabil mai gravă. Potenţialul de ameliorare în schizofrenie a fost subestimat. Pe termen lung, "evoluţia schizofreniei" este un proces de viaţă deschis unei mari varietăţi de influenţe şi, astfel, putem spune că schizofrenia nu este o boală cu o evoluţie dată, prestabilită.

În cazul bolnavilor de schizofrenie, există influenţe de mediu importante asupra evoluţiei, printre care atitudinea familiei şi evenimentele stresante ca şi aşteptările pacientului, ale familiei şi persoanelor din jur.

Se poate afirma că, practic, nici una din dogmele vechi şi aparent sigure despre schizofrenie nu rămân valide când cineva le examinează mai îndeaproape şi mai îndelung.

V.3. Dimensiunea psiho-socială a statutului bolnavului de schizofrenie

În mod constant psihiatrii, dar şi psihologii sau sociologii au pus în evidenţă faptul că psihoza apare după o traumă psihică, de

exemplu eşecul la un examen, o dezamăgire legată de viaţa sentimentală etc. Consemnând această observaţie, M. Bleuler afirmă, însă, că în cazul unor anamneze bune se găsesc cu regularitate semne ale bolii înaintea traumei psihice, încât ar fi greu să se acorde acestuia o semnificatie cauzală. Exemplele amintite – o legătură sentimentală nefericită, sau eşecul la examen – sunt în cele mai multe situaţii urmarea şi nu cauza bolii.

Bleuler, potrivit unei reprezentări multifactoriale a etiologiei schizofreniei, consideră că dacă în unele cazuri relaţia dintre trauma psihică şi procesul psihotic este neimportant, în numeroase alte cazuri factorilor psihologici le revine un rol declanşator al bolii. De asemenea, conţinutul psihotic, în special delirurile şi halucinaţiile, exprimă situaţii traumatizante, frustrări, aspiraţii nerealizate într-o formă alienată faţă de realitate şi câteodată simbolică. În felul acesta, chiar dacă unii autori nu consideră schizofrenia ca o tulburare psihică psihogenă, aceştia nu ignoră semnificaţia etiologică a factorilor psihologici.

În ultimii 20-30 de ani, numeroase cercetări asupra rolului factorilor psihologici în schizofrenie au fost dedicate familiei. De altfel, intervenţia psihoterapeutică are în vedere, tot mai mult, nu atât individul schizofren, ci pe acesta în contextul relaţiilor sale cu propria familie.

Studiile efectuate, îndeosebi în SUA, pun accentul pe aceste relaţii familiale, pe condiţia şi istoria bolnavului schizofren în sânul propriei familii. Aceste relaţii au fost interpretate din perspectiva teoriilor comunicării, cunoştinţelor despre achiziţia logicii şi limbajului de către copil.

Toate aceste cercetări nu au urmărit numai să clarifice etiologia schizofreniei, ci să fundamenteze o psihoterapie a familiei. Multe din aceste cercetări au pus în evidenţă numeroase caracteristici ale familiei schizofrenilor, dintre care enumerăm eşecul în formarea unei familii nucleare (un părinte rămâne ataşat unuia dintre părinţii săi), caracterul divergent, atmosfera iraţională sau paranoidă, preocupările incestuoase, izolarea socio-culturală, împiedicarea copilului prin abuz de a-şi dobândi identitatea şi maturitatea sexuală, dificultăţile de identificare în formarea propriei persona-

lităţi. Se ajunge la concluzia că schizofrenia este o boală prin deficienţă emoţională. R.Bateson formulează ipoteza că originea tulburărilor schizofrene de comunicare este "dubla legatură" (*double bind*). Această relaţie se stabileşte între două sau mai multe persoane dintre care una este "victima". La nivelul "dublei legături" există o funcţie primară negativă şi o injoncţiune secundară în conflict cu prima şi, la fel ca prima, întărită prin pedeapsă sau semnale care ameninţă supravieţuirea.

Mama schizofrenilor exprimă simultan două ordine de mesaje, iar copilul trebuie să facă distincţia între ele, de exemplu între expresia sentimentelor simulate şi cele reale. Comportamentul psihotic este conceput ca o încercare de adaptare la aceste situaţii de "dublă legătură".

Conceptul de "mamă schizofrenogenă" a fost descris de către unii autori ca având o atitudine de răceală şi rejecţie, iar de către alţii, ca posesivă şi protectoare. Potrivit lui S.Arieti, există o diferenţiere în funcţie de forma clinică, tipul paranoid apărând în familiile în care copilul este respins de părinţi, iar cel catatonic în familiile supraprotectoare. Pe de altă parte, şi descrierea tatălui variază foarte mult, el fiind pasiv şi ineficient după unii, aspru şi dominator, după alţii. În ceea ce priveşte cercetarea antecedentelor eredo-colaterale ale copiilor schizofrenici, cercetarea indică o frecvenţă crescută a mamelor schizofrene care variaza între 15% si 25%.

Mulţi autori, studiind personalitatea părinţilor, constată o frecvenţă deosebit de mare a cazurilor cu unele trăsături disarmonice de personalitate: *originalitatea exagerată, rigiditate psihică, indecizie, inabilitatea de a recunoaşte anormalitatea comportamentului la copilul lor bolnav.*

Studiile pe gemeni, cele transculturale sau studiul psihozelor de război evidenţiază faptul că evenimentele de viaţă sunt implicate în geneza episoadelor schizofreniei. Aceste studii subliniază rolul factorilor stresanţi în apariţia bolilor, astfel S.R. Hirsch[63] susţine că "Mediul umple simptomatologia clinică cu conţinut social", în noţiunea de stres se înglobează însăşi micile stresuri cotidiene, care

[63] S.R. Hirsch, "Psychosocial Factors in the Course and Prevention of Relapse in Schizophrenia", in *Brit. Med. J.*, 286, 1983, pp. 1600-1601.

în totalitatea lor formează un climat psihologic aparte în jurul bolnavului. M.Kanner şi colab.[64] au elaborat o scală de măsurare a hărţuielilor cotidiene (*daily hassles*), axată pe necazurile minore şi micile neplăceri zilnice obişnuite. Hărţuielile cotidiene au corelat mai bine cu simptomatologia grupului studiat, în timp ce evenimentele majore de viaţă au reflectat mai bine prognosticul adoptativ pe termen lung. Pe de altă parte, au fost realizate experimente de dozaj al stresului pe bolnavi schizofreni, în condiţii de laborator (Spring, 1982). Aceste studii prezintă dezavantajul diferentelor calitative evidente dintre stresul simulat în laborator şi stresul mult mai complex al situaţiilor din realitatea cotidiană.

Dezvoltarea industrială a societăţii omeneşti în secolul XX este considerată, de unii autori, ca fiind cauzatoarea creşterii frecvenţei schizofreniei. Acest ultim punct de vedere nu poate fi susţinut foarte bine, pentru că dezvoltarea serviciilor de sănătate mentală a dus la o mai bună înregistrare a acestor cazuri, astfel există, mai degrabă, o constanţă a fenomenului şi nu o creştere a lui.

Punctul de vedere clinic–psihiatric nu poate trece cu vederea rolul de facilitare a manifestărilor unor cazuri de schizofrenie legate de factori sociali, economici şi culturali (industrializarea, migrarea de la sat la oraş, mobilitatea socio-profesională crescută, bombardamentul informaţional). Dar, potrivit punctului de vedere amintit, nu aceşti factori în sine, nu schimbările condiţiilor de viaţă sunt răspunzătoare de apariţia sau de decompensarea schizofreniei, ci terenul particular al bolnavului şi el afectat de o serie de contingente sociale legate de scoaterea din nişa ecologică anterioară, cu unele destructurări ale sistemelor de opinie publică, ale relaţiilor interpersonale, din cauza schimbării muncii şi tipurilor predominante de efort, destructurării cauzate de trecerea de la familia extinsă la cea nucleară sau atomizată.

Ponderea elementelor sociale şi culturale în apariţia clinică şi diagnosticul schizofreniei nu poate fi ignorat, iar problema diferenţelor socioculturale rămâne încă nerezolvată. Diferenţele existente în funcţie de zone geografice, ţări şi nivel de dezvoltare socialeconomic, diferenţele generale de calitate a vieţii sunt certe, însă

[64] H. Dohrenwend, L. Egrl, "Recent Stressful Life", in *Schizo bull.*, 1991, pp. 12-14.

asupra cauzelor lor nu se pot face decât presupoziţii generale, puţin relevante pentru bolnavul considerat individual.

Luarea în considerare a acestor studii este dificilă şi pentru faptul că nu numai simptomatologia clinică a schizofreniei este diferită de la o ţară la alta – fapt ilustrat de studiul internaţional al OMS –, ci şi de statutul empiric de bolnav psihic acordat schizofrenului care este deosebit de la o ţară la alta. În felul acesta, schizofrenia devine obiect de cunoaştere şi analiză transculturală.

Psihiatria transculturală este cea care stabileşte deosebirea dintre simptomatologia bolii în diferite culturi, dar şi similarităţile pattern-urile psihopatologice, epidemiologice, clinice, evolutive de-a lungul continentelor şi regiunilor geografice.

Etnopsihiatria se referă la înţelegerea bolii mentale la nivelul conduitelor populare – cauzalitatea, semnificaţia şi terapia clinică nemedicală. Astfel se explică de ce în unele regiuni din Egipt, simptomele schizofreniei nu sunt considerate ca patologice de indigenul obişnuit, adânc înrădăcinat în conţinuturi magice, religioase. Lucrurile stau asemănător, spre exemplu, şi în Thailanda – stări prelungite de introversie care ar putea apărea ca autiste, sau la unele popoare africane, în insulele din Marea Caraibelor, credinţe legate de cultul Voodoo, care ar părea delirante unui observator exterior. În Laos, "*bao*" (*nebunul*) este etichetat de către membrii familiei sale sau de vecini după disfuncţiile sociale, fără participarea medicului.

Date fiind exemplele de mai sus, sociologia şi etnopsihiatria afirmă că boala n-are realitate şi valoarea sa de boală decât în interiorul unei culturi, care o recunoaşte ca atare. Astfel, de exemplu, istoricul secolului al XIX-lea care avea viziuni şi prezenta stigmate, ar fi fost, într-un alt context social-istoric, un mistic sau traumaturg.

Potrivit punctului de vedere amintit mai sus, al sociologiei şi cel al etnopsihiatriei, există fenomene de modă în maladia mentală. Marea criză isterică descrisă de Charcot nu se mai întâlneşte în zilele noastre. La fel şi frigiditatea, care trecea, până nu demult, drept o virtute, este considerată acum o tulburare de care persoanele în cauză se plâng. În felul acesta, consideră antipsihiatria, punctul de vedere exprimat de biologii psihiatriei se află în mare încurcă-

tură, când sunt luate în considerare toate aceste modificări istorice şi culturale.

Simptomele bolii mintale, în aceeaşi ordine de idei, se opun întodeauna, într-un fel sau altul, normei sociale, astfel că alegerea simptomului este determinată negativ de normele sociale. R. Jaccard afirma că: "nu devii nebun că doresti tu, cultura a prevăzut totul. În miezul însuşi al elaborării psihozei, prin care încercăm să ne eliberăm de ea, cultura ni se alatură iarăşi pentru a ne spune ce personalitate de schimb trebuie să adoptăm"[65].

Noul Testament consideră nebunia ca pe o posesiune a duhurilor rele ce trebuie alungate din trupul bolnavului pentru a-l vindeca. Roger Bastide[66] considera că epoca creştină impune o schemă "maniheistă delirurilor şi a actelor insolite, care sunt rodul păcatului, în ce-l priveşte pe om şi al luptei lui Satan împotriva lui Dumnezeu pentru stăpânirea lumii". Odată cu Renaşterea şi Reforma, concepţia ştiinţifică se substituie progresiv celei teologice în cultura occidentală.

Th. Szasz scria: "Dacă în Epoca Teologică a fi uman însemna să-l adori pe Dumnezeu (Isus), a fi virtuos însemna să fii un creştin cu o credinţă ce rezista oricărei încercari (un sfânt) şi a fi rău însemna a fi eretic (vrăjitoare), în Epoca Raţiunii a fi cu adevărat uman înseamnă să adori ştiinţa (Tehnologia, Progresul), să fii virtuos înseamnă să fii sănătos (fericit) şi să fii rău înseamnă să fii nefericit, adică bolnav la minte"[67].

Potrivit lui TH. Szasz ideologia psihiatriei moderne nu este decât o adaptare la era ştiinţifică a ideologiei creştine tradiţionale. Omul nu se mai naşte păcătos ci bolnav (nevrotic sau psihotic). Existenţa omului pe pământ în loc de a fi o vale plângerii, devine un fluviu de anomalii patologice. Şi, la fel cum altă dată, în drumul său din leagăn la mormânt era condus de preot, astăzi e asistat şi direcţionat de către medic.

Th. Szasz susţine că, aşa cum în Vârsta Credinţei puterea politică era monopolul bisericii şi al statului, la fel, în Vârsta

[65] R. Jaccard, *Nebunia*, Timişoara, Ed. de Vest, 1994, p. 16.
[66] R. Bastide, *Sociologie des maladies mentalles*, ed. cit., p. 44.
[67] Th. Szasz, *Le mythe de la maladie mentale*, ed. cit., p. 72.

Raţiunii, ea este monopolul Ştiinţei şi al Statului[68]. Biserica îşi valorifica valorile ridicând catedrale şi sanctuare şi convertindu-i cu asprime pe necredincioşi, în vreme ce ştiinţa procedează aidoma, construind spitale şi azile pentru alienaţi, pe scurt tratându-i cu severitate pe nebuni.

Prin urmare, atât analiza transculturală, cât şi cea istorică, indică faptul că bolnavul mental, schizofrenul este etichetat ca bolnav numai în momentul în care încalcă în mod evident şi grosolan convenienţele sociale acceptate, indiferit de tabloul psihopatologic. În sprijinul aceleiaşi idei, "criteriile populare de boală mentală sunt determinate în mod primar de persistenţa comportamentului social disfuncţional şi nu tulburările de gândire şi afect"[69].

V.4. Aspecte generale legate de intervenţiile în favoarea bolnavilor psihici

În această ordine de idei, modul de a interveni asupra celui considerat a avea probleme de natură psihică a fost de-a lungul istoriei umanităţii variat şi surprinzător.

Psihiatrul francez Bernard de Freminville, în lucrarea sa *La raison des plus fort*[70], luând alură de istoric, a alcătuit inventarul tehnicilor pretins terapeutice, considerate a-i vindeca pe "nebuni". În acest registru, autorul include fotoliul circular folosit la castrare; imersiunea forţată şi brutală a bolnavului; torturarea diverselor părţi ale trupului; exorcizarea. În toate aceste situaţii, folosirea forţei şi a brutalităţii devine instrument indispensabil în "tratarea " bolnavilor psihici. Trupul (corpul) individului bolnav este mijlocul prin care aceste metode încearcă să vindece problemele spiritului (psihicului).

Din perspectiva psihiatrică organicistă, există trei forme de "tratament terapeutic" folosit predilect: şocul electric, neuroleptice şi lobotomia.

---

[68] Idem, *Ideologie et folie*, Paris, P.U.F., 1976, p. 112.

[69] J. Westerneyer, R. Wintrob, "FOLK – Criteria for the Diagnosis of Mental Illness", in *Amer J. Psychiat.* 136, 1979, pp. 755-761.

[70] B. de Freminville, *La raison des plus fort*, Paris, Ed.du Seuil, 1987, p. 17.

Prima dintre intervenţii aparţine unui profesor italian de psihiatrie, Ugo Cerletti. Acesta a ajuns la ea din întâmplare, privind în abator cum sunt sacrificate prin şoc electric animalele. Astfel că, prin anii '30 ai secolului al XX-lea, în abatorul din Roma, porcii erau înjunghiaţi după ce, printr-o descărcare electrică de 125 V, deveneau inconştienţi. Ugo Cerletti a observat că în clipa în care porcii erau prinşi de cleşti, cădeau în leşin, deveneau rigizi, apoi, după câteva clipe, erau cuprinşi de convulsii. Observând aceste fapte, Cerletti a decis să experimenteze efectele acestei come epileptice asupra omului.

Primul subiect asupra căruia Cerletti a efectuat experimentul electroconvulsiv a fost un bolnav de schizofrenie. Acesta a fost selectat ca urmare a faptului că fusese găsit în gara din Milano de către Poliţie într-o stare foarte proastă, rătăcind fără bilet în jurul trenurilor. Cerletti i-a aplicat subiectului său, în vârstă de 39 de ani, diagnosticat ca schizofren, doi electrozi lungi în zonele frontoparientale, declanşând două zecimi de secundă, un curent de intensitate joasă (80V). Pacientul său a reacţionat printr-o tresărire bruscă, muşchii corpului devenindu-i rigizi. Acesta a căzut pe spate, în pat, fără, însă, să-şi piardă cunoştinţa, începând, totodată, să cânte, calmându-se. După o pauză de o zi, experimentul a fost reluat, însă Cerletti a avut surpriza să constate că pacientul său, fără nici una din tulburările sale obişnuite de limbaj, să-i spună că este oribil ceea ce face şi că trebuie să pună capăt experimentului.

Această relatare despre primul experiment electroconvulsiv indică necesitatea luării în seamă a umanităţii pacientului, a demnităţii şi voinţei acestuia. O astfel de relaţie medic–pacient pare a fi impersonală şi contraproductivă, dacă nu sunt luate în seamă nevoile şi punctul de vedere a celui tratat.

Tratamentul prin electroşoc, care, cu timpul, s-a perfecţionat considerabil, constă în a lăsa să treacă un curent de 70 până la 130 V într-un interval de timp oscilând între una şi cinci zecimi de secundă prin electrozi fixaţi pe tâmplele bolnavului. Cunoştinţa pacientului se pierde imediat şi suferă după aceea de tulburări amnezice. Rezultatele cele mai bune au fost înregistrate în stările melancolice grave. Se pare, însă, că terapia electroconvulsivă are o bună eficacitate, producând o lejeră leziune cerebrală ce are ca efect ştergerea celor mai recente modificări neurohistiologice ale zonei

cerebrale care a înregistrat, ca amintiri, circumstanţele ce au grăbit psihoza. Prin urmare, se consideră că în urma şocului electric, pacientul va uita complet evenimentele care au provocat apariţia simptomelor de boală şi se va găsi, astfel, într-o stare psihologică anterioară fazei depresive.

Există mai multe ipoteze cu privire la efectele terapiei electroconvulsive asupra bolnavilor psihici. Toate aceste ipoteze reprezintă explicaţii de natură psihologică. Prima dintre ele se referă la faptul că tratamentul ar suscita o asemenea spaimă la bolnav, încât acesta "va alege" sănătatea, decât să mai îndure o altă şedinţă.

Un alt punct de vedere este acela potrivit căruia pacientul ar resimţi şocul electric ca o ameninţare asupra vieţii sale, ameninţare împotriva căreia organismul său îşi va mobiliza toate forţele de apărare. Şi, în sfârşit, o a treia ipoteză, conform căreia şocul electric ar satisface o nevoie de pedeapsă la pacient[71].

A doua cale terapeutică nepsihologică este, în cazul maladiilor mintale, reprezentată de chimioterapie, respectiv de neuroleptice. Drogul a constituit întotdeauna un remediu, un refugiu în faţa spaimelor şi greutăţilor cu care oamenii s-au confruntat.

În *Histoire de la psychiatrie,* G. Alexander şi A. Jelesnick apreciau că "în ansamblu, evoluţia terapeuticii medicamentoase a maladiilor mintale se caracterizează printr-un entuziasm iniţial căruia îi urmează decepţia (...). Cu toate acestea, în ciuda dezamăgirilor permanente în ceea ce priveşte încrederea în medicamente, medicii continuă să-şi alimenteze speranţa că vor ajunge să potolească, prin mijloace clinice, conflictele interioare ale omului"[72].

În aceeaşi ordine de idei, H. Searles[73] aprecia că în necontenita noastră căutare de medicamente din ce în ce mai eficace, dar inevitabil inumane, ne îndepărtăm din ce în ce mai mult de capacitatea de a accede la acea putere terapeutică specifică ce se găseşte în noi înşine şi care presupune emoţii intense şi foarte individualizate.

---

[71] B. Bettelheim, *Un lieu pour renaître*, Paris, Ed. La Ffont, 1985, p. 97.
[72] G. Alexander, A. Jelesnick, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, A. Colin, 1982, p. 344.
[73] H. Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1978, p. 106.

Cu toate acestea, punctul de vedere dominant al psihiatriei este acela potrivit căruia neurolepticele le-au propulsat în mod considerabil disciplina. De asemenea, se consideră că odată cu descoperirea, în 1952, a neurolepticelor, s-a produs o evoluție spectaculoasă în sistemul de organizare și asistare al spitalelor psihiatrice. S-a produs, totodată, o deplasare a ponderii principale a asistenței psihiatrice către sectorul ambulator, fapt considerat, incontestabil al eficienței preparatelor psihotrope.

Prin urmare, nu poate fi pusă în discuție nici eficacitatea, nici interesul pentru substanțele neuroleptice. Alexander și Jelesnick consideră că folosirea lor a contribuit la reducerea timpului de spitalizare a bolnavilor suferind de tulburări grave; ele au simplificat, de asemenea, supravegherea în spital a acestor bolnavi. Și, ceea ce este mai important, a determinat, în tratamentul bolnavilor psihici, o frecvență mai scăzută a metodelor radicale, cum ar fi *șocul electric, insulinoterapia* și *psihochirurgia.*

În același timp, apreciază cei doi autori, dacă neurolepticele acționează în mod efectiv asupra simptomelor celor mai spectaculoase și mai supărătoare pentru cei din jur, ele întreține inerția, incapacitatea de muncă, absența inițiativei constructive necesare unei îndeletniciri susținute.

Însă neurolepticele sunt eficace, chiar dacă această eficacitate este considerată de unii autori ca problematică. Astfel, R. Laing[74] este împotriva utilizării drogurilor în psihiatrie, în măsura în care ele sunt administrate unor pacienți care nu le vor, cu unicul scop de a ușura îngrijirea lor.

V.5. Tehnici de intervenție psihoterapeutică

V.5.1. *Psihoterapia în schizofrenie*

În așezămintele spitalicești moderne, climatul general, în comparație cu epocile trecute, poartă pecetea psihoterapeutică. Astfel că, astăzi, psihoterapia reprezintă componenta inseparabilă a oricărui act terapeutic, indiferent de natura lui și de etapa de tratament. În

[74] R. Laing, *Le Moi Divise*, Paris, Stock, 1970, p. 25.

felul acesta, în tratamentul complex al schizofreniei, psihoterapia ocupă întotdeauna un loc a cărui importanţă variază în raport cu etapa. Variabila psihopatologică esenţială de care depinde posibilitatea abordării psihoterapeutice a schizofrenului este contactul cognitiv şi afectiv al pacientului cu mediul real.

Dacă tratamentele chimioterapeutice şi electroconvulsive duc la ameliorarea contactului cu realitatea, intervenţia psihoterapeutică poate deveni extrem de importantă. În schizofrenie, abordarea psihoterapeutică are în vedere tehnici de psihoterapie individuală şi de grup.

Clinicienii au ca scop al demersului lor restabilirea raporturilor dintre pacient şi mediu – mai mult sau mai puţin – grav afectate de procesul morbid, printr-o realistă şi critică reevaluare a situaţiei sale, prin restructurarea personalităţii şi prin resocializarea bolnavului, psihoterapia contribuie nemijlocit la procesul terapeutic al cărui scop este compensarea defectului de personalitate, ceea ce face posibilă readaptarea pacientului la exigenţele impuse de existenţa normală şi reinserţia lui în familie, în societate şi într-una din formele de activitate productivă.

Toate aceste obiective nu pot fi atinse, în tratamentul schizofreniei, prin psihoterapie ca metodă exclusivă. "Este o greşeală gravă, în zilele noastre de a nu interna bolnavul în primii doi ani de la debutul psihozei în vederea tratamentului biologic"[75].

Însă asocierea cu tratamentul neuroleptic, cu cel electroconvulsiv, ori de câte ori stadiul evoluţiei bolii o permite, face ca psihoterapia să fie o metodă indispensabilă în ameliorarea stării schizofrenicului. În psiho-terapie există trei mari direcţii de abordare, respectiv: a) orientarea *psiho-dinamică*, reprezentată de psihanaliză; b) orintarea *comportamentistă*; c) orientarea *experenţială*. Diferenţele care există între aceste orientări sunt de natură metodologică, ele bazându-se pe principii diferite de abordare a problematicii determinate de realitatea tulburărilor psihice.

Prin intermediul psihoterapiei în cazul bolnavilor de schizofrenie, şi în special al copiilor ce suferă de schizofrenie, se caută

---

[75] W. Mayer Gross, E. Slater, M. Roth, *Clinical Psychiatry*, London, Bailliere, Tindul and Cox ext.., 1973, p. 324.

reechilibrarea lor prin susținerea acelor activități care pot fi desfășurate de către ei, cu renunțarea la tot ce amenință echilibrul destul de precar al lor și implantarea de noi idealuri și preocupări pe măsura lor. În aceste condiții, spre ex., ergoterapia joacă un rol deosebit în procesul de readaptare și resocializare a schizofrenilor adulți. Ergoterapia se realizează prin muncă în clase sau în ateliere speciale, activități ce trebuie să fie accesibile și atrăgătoare. Această formă de psihoterapie apare ca o activitate utilă, atrăgătoare, realizată gradat într-un climat de încredere în posibilitătile bolnavului, cu asumarea de către acesta a responsabilităților progresive legate de sarcini mai simple sau mai complexe.

În felul acesta, se ajunge la o combatere a fenomenului de hospitalism și de dependență, la consolidarea potențialului lor, la compensarea defectului și în ultimă instanță, la profilaxia invalidității prin schizofrenie.

În spitalele psihiatrice moderne există un registru larg de posibilități în care echipele de recuperare antrenează pacienții (clienții) internați în raport cu posibilitățile lor și după programe de activitate bine stabilite.

V.5.2. *Aspecte ale aplicării psihoterapiei în grup în cazul schizofreniei*

Aplicarea psihoterapiei în grup în cazul schizofreniei prezintă anumite indicații. De exemplu, aceasta nu se poate aplica pacienților cu productivitate psihotică, manifestările lor halucinatorii și ideația delirantă fiind inabordabile prin intervențiile grupului.

În cazul pacienților discordanți care au depășit faza manifestărilor acute, care se află în stadiul de remisiune sau chiar cu un anume grad de deteriorare, experiența de grup le reduce teama și neîncrederea, sporindu-le inițiativa, angajarea și orientarea spre realitate. Se observă că, în grup, pacientul discordant este orientat mai ales spre terapeut, decât spre ceilalți membri ai grupului, ceea ce implică o mai puternică acțiune suportivă a acestora.

Pacientul discordant este mai sensibil la interpretările terapeutului, care tocmai de aceea va pune accent pe capacitatea pacientului de testare a realității, decât pe analiza materialului inconştient şi pe "reconstrucția" personalității. Din cauza acestui fapt se recomandă ca pacienții cu schizofrenie să fie incluşi în grupuri eterogene cu pacienți psihotici şi nonpsihotici. Anumite procedee, susceptibile de a-i ajuta pe unii, pot prejudicia pe alții: de exemplu, utilizarea tehnicilor de dezvăluire recomandabilă pentru un pacient nevrotic, poate determina o anxietate intolerabilă pentru un pacient discordant. Exersarea capacității de testare a realității, necesară pacientului cu schizofrenie, este inutilă şi agasantă pentru pacientul nevrotic.

În concluzie, pacienții cu psihoză discordantă trebuie incluşi în grupuri omogene, orientate spre exprimarea controlată a emoțiilor, testarea realității, relaționare şi socializare. În cazurile în care există o fenomenologie clinică redusă şi puțin specifică, pacienții schizofreni incluşi în categoria diagnostică *border line* răspund la psihoterapia de grup în mod variabil. Aceştia prezintă o anumită fragilitate emoțional-volițională, cu sentimente ambivalente şi slabă empatie, de aceea sunt priviți cu rezervă şi uneori cu ostilitate în grupul terapeutic. Cu un pattern relațional labil şi slabe disponibilități de responsabilizare şi relaționare, ei dezvoltă relativ frecvent aşa-numita "psihoză de transfer", care le limitează indicația pentru psihoterapia în grup.

În cazul formei paranoide, pacienții prezintă o incapacitate de testare a realității, ca şi riscul de a include terapeutul său întreg grupul în delirul lor sau cel puțin de a-şi orienta bolnavul spre ceilalți, prin utilizarea intensă a proiecției. În cazul în care tulburarea este mai redusă sub aspect clinic, această abordare terapeutică, prin capacitatea de validare consensuală a membrilor grupului poate fi mai eficientă decât psihoterapia individuală. Pentru astfel de pacienți, grupul poate constitui un laborator în care feed-back-ul de la ceilalți membri îi ajută să învețe noi metode adaptative care să ducă la ameliorarea relațiilor interpersonale şi la evitarea situațiilor conflictuale.

În aceeaşi ordine de aprecieri, apartenenţa socială şi profesia nu au legătură cu esenţa bolii şi clienţii bolnavi de schizofrenie sunt tot mai acceptaţi şi mai puţin temuţi.

V.5.2.1. *Psihoterapie conjugală – modelul psihoterapeutic bifocal al lui Schindler*

Acest model răspunde problematicii complexe specifice patologiei schizofrenice. Punctul de vedere îl reprezintă sociometria, unde forţele afective, la nivelul familiei ca grup, sunt repartizate dinamic. În funcţie de rolurile care se interferează, suferă o modificare, în sensul perturbării echilibrului familial de către acel membru bolnav de schizofrenie, cu mult timp înaintea manifestării psihozei, ceilalţi membri ai familiei fiind autoritari şi anxiogeni prezintă un pericol ridicat pentru acesta.

Schindller prelucrează grupul familial în felul următor: alcătuieşte un prim grup, constând în 6-7 pacienţi împreună cu terapeutul simbolizând "familia pentru pacient" şi un alt grup, secund, format din părinţi şi medici şi care reprezintă "pacientul pentru familie".

Unica legătură între copii şi părinţi o face terapeutul familiei şi devine obiectul ţintă al afectelor. Din acest motiv, acest procedeu psihoterapeutic se numeşte "psihoterapia de grup bifocal".

V.5.2.2. Terapia de familie

Această formă de intervenţie vizează un grup natural, aşa cum este familia, cu intenţia de a se interveni în strucurile complexe ale raporturilor interpersonale şi mai puţin în psihpatologia bolnavului/clientului cu sindrom schizofrenic. Ţinta unui astfel de demers psiho-socio terapeutic, îl constă reintegrarea clientului/bolnavului în realitatea vieţii de familie. Ca urmare, intervenţia nu-l vizează doar pe client/bolnav, ci şi pe alţi membri ai familiei acestuia, uneori şi alte persoane semnificative pentru acesta, dar care sunt din afara familiei propriu-zise.

Intervenţia se bazează pe ideea că situaţia problematică a unui client/bolnav de sindromul de schizofrenie, nu poate fi înţeleasă şi rezolvată decât dacă este privită ca parte a sistemului complex de comunicare şi interacţiune cu ceilalţi membri ai familiei. Familiile care au un membru al lor cu tulburări mentale de schizofrenie este o familie ce se poate găsi în criză, care se confruntă cu o varietate de probleme de natură psiho-socială, de lipsa de control asupra acestora, precum şi de o lipsă de conştientizare a acestora. Tehnicile efective de intervenţie în terapia de familie sunt variate, însă ele consideră că familia constituie un potenţial terapeutic extrem de important, pentru membrul ei confruntat cu situaţia de tulburare mentală. În acest fel, în multe dintre cazuri, singurul lucru de care este nevoie îl reprezintă un catalizator care să amorseze procesul de ajutorare. Terapia de familie intervine şi în sistemele de comunicare ale familiei, considerându-se ca o ameliorare, îmbunătăţire a lor, are un efect benefic asupra legăturilor dintre membrii familiei, şi, în consecinţă, asupra clientul/bolnavului. Asistenţa acordată în examinarea comunicării intra-familiale şi în indicarea posibilelor distorsiuni, permit familiei să-şi exprime mult mai bine sentimentele şi emoţiile. Sentimentele personale ale membrilor familiei devin mult mai deschise şi poate fi reafirmată autonomia personală a fiecărui membru al familiei, inclusiv al clientului cu tulburare mentală de schizofrenie. De asemenea, ajutorarea grupului natural, care este familia, să examineze relaţiile de putere din cadrul lui, permite membrilor acestuia să înţeleagă mai bine ce rol joacă fiecare, atât ca indivizi, cât şi ca grup în gestionarea stresului şi a tensiunii, urmare a crizei provocate de situaţia de boală în care se găseşte unul dintre membrii lui.

În altă ordine de idei, terapeutul, sau echipa de terapeuţi, în timpul şedinţelor terapeutice pot întâmpina serioase deficultăţi, ca urmare a presiunilor venite din partea persoanelor implicate în intervenţie, de aceea este necesară impunerea unui control bun asupra situaţiei.

Rezultatul acestei intervenţii îl constitue rezolvarea prin depăşire a situaţiei de criză în care s-a găsit familia şi reintegrarea în ansamblul relaţiilor normale ale acesteia, a membrului bolnav de sindromul de schizofrenie.

V.5.2.3. Tehnica metacomunicării

Această tehnică mai poartă şi denumirea de "rupere a dublei legături" şi îşi are originea în şcoala de la Palo Alto, care dezvoltă o atitudine nouă în considerarea fenomenelor psihopatologice apărute în cuplu sau familie. Potrivit acestei teorii, subiectul "schizofren" devenit, prin procesul de îmbolnăvire, un "ţap ispăşitor", necesită terapie de cuplu sau familială specifică. Mecanismele de comunicare relaţionale vor fi analizate, corectate, modificate de psihoterapeut.

Această metodă permite studiul regulilor ce stau la baza funcţionării unui cuplu sau a unei familii bazate pe aşa-numitul "joc fără sfârşit" (de exemplu, alcoolicul şi femeia sa, fiecare întărindu-şi poziţia şi statutul). Analiza realizată din perspectiva metacomunicării rupe o buclă în feed-back-ul negativ existent, ducând la stoparea acestuia ("joc fără sfârşit").

Toate aceste demersuri duc la o reevaluare a relaţiilor în cadrul familiei şi la o îmbunătăţire a relaţiilor dintre membrii ei.

V.5.2.4. Psihoterapia instituţională

Aceeaşi şcoală de la Palo Alto realizează această psihoterapie ce are în vedere reabilitarea socială a psihoticilor cronici respinşi în mare parte de familie şi societate. Demersul terapeutic are loc în spital şi constă în aplicarea unui program care vizează atingerea unei autonomii optime, necesară readaptării bolnavului de schizofrenie. Această intervenţie terapeutică este interesată de aspectul pozitiv al existenţei, de partea sănătoasă şi productivă a persoanei, şi în mai mică măsură de clasarea ei într-o categorie distinctă de registru, însoţită de un diagnostic. Responsabilitatea şi independenţa persoanei constituie problema centrală, iar scopul – identitatea sa obţinută prin apartenenţa la un grup, unde fiecare este egal, realizându-se astfel apariţia stimei de sine şi situarea individului (clientului) pe o poziţie plină de consideraţie pozitivă.

În această intervenţie psihoterapeutică, singura legătură între spitalul unde are loc comunicarea terapeutică şi grupele de bolnavi

o reprezintă echipa terapeutică care are un rol liniştitor, între ea şi sistemul comunitar existând un fel de "contract social", care asigură un grad de autonomie sau prea mult control ce pot paraliza puterea de decizie a grupelor.

Formula aceasta de viaţă comunitară constă din punct de vedere terapeutic în adaptarea tehnicilor de tratament spitalicesc clasic la cel psihosociologic intensiv, comportând un antrenament pentru o muncă semiindependentă şi ajungând în ultimă instanţă la o activitate economică şi la o viaţă independentă de spital.

V.5.2.5. Psihoterapia de profunzime

Această intervenţie psihoterapeutică este de lungă durată, peste 6 luni, şi are ca scop îmbunătăţirea climatului afectiv în familiile unde unul din membri este bolnav de schizofrenie. În cazul tuturor acestor intervenţii psihoterapeutice este de recomandat să fie folosit acelaşi terapeut sau echipă terapeutică. Psihoterapia reprezintă şi participare afectivă la actul de intervenţie realizat în favoarea clientului, în condiţiile păstrării unei mentalităţi ce să o faciliteze. Scopul este acela de restaurare a sentimentului stăpânirii de sine şi armoniei relaţiilor de cuplu şi familiale, permiţând clienţilor să trăiască experienţe pozitive, să descopere căi de ieşire din impas, prin unirea eforturilor fiecăruia în lupta comună cu realitatea vieţii.

V.5.2.6. Tehnica GESTALT – (PERLS)

Această tehnică utilizează mijloace psihodramatice, ce au ca obiectiv autocunoaşterea şi reajustarea cu cei din jur. În acest tip de intervenţie, clientul (subiectul) este solicitat să-şi aducă în prezent şi să-si exprime direct, cu voce tare, tensiunile, nemulţumirile în raport cu o persoană ori situaţie. Se obţine o angajare maximă, autentică, propunându-se interpretări de roluri succesive, care să reproducă scene reale sau legate de imaginea persoanei frustrate, aspect pus în relief prin prezenţa unui scaun gol, ce simbolizează "partea înstrăinată" a pacientului (clientului) care se află în discordanţă cu restul psihicului său.

Semnificaţiile scenelor realizate de către pacient sunt analizate la sfârşitul şedinţei, permiţându-se astfel depăşirea unor blocaje în realizarea şi eliminarea unor fantezii şi imagini neadecvate realităţii.

V.5.2.7. Psihoterapii expresive

Acestea facilitează exteriorizarea trăirilor pacienţilor (clienţilor) pe căi diferite de cea verbală. Psihoterapiile expresive sunt contingente cu expresia artistică, fiind incluse în art-terapie.

Art-terapia completează psihoterapia prin "crearea unei arii de experienţă simbolică, în care se încearcă noi atitudini, câştigurile fiind integrate în ansamblu personalităţii"[76]. În art-terapie nu este necesară o îndemânare tehnică din partea pacientului, întrucât ea se bazează pe spontaneitatea expresiei şi pe depăşirea barierelor de comunicare. Acest tip de intervenţie psihoterapeutică este pozitivă îndeosebi în cazul copiilor.

Potrivit vârstei, mijloacele de exprimare sunt desenul, pictura, plastilina, modelajul, scrisul, compunerea, muzica, povestirile sau basmele, psihodrama, mişcarea. Ele se pot realiza în cadrul unor şedinţe individuale, în grup sau în clasă, în cadrul activităţii de rutină în staţionarul de zi sau secţia de psihiatrie.

Pacientul realizează cu terapeutul o relaţie construită mai degrabă prin acţiune decât prin discuţie, simţirea se realizează prin intermediul experienţei, copiii angajându-se mai usor decât în formulele psihoterapeutice obişnuite.

Întărirea Eu-lui prin valorizarea producţiilor artistice reprezintă un mecanism pozitiv sanogen, realizându-se liniştirea şi armonia create de muzică şi mişcare, precum şi satisfacţiile induse de participarea la activităţi şi comunicare în grup.

[76] E. Kramer, *Art as Therapy With Children*, New York, Scroocken Books, 1971, pp. 27-29.

V.5.2.8. Mişcarea

Aceasta reprezintă un domeniu multilateral de acţiune terapeutică atât prin exerciţiile fixe, învăţate, cât şi prin jocurile individuale şi de grup. Copiii trebuie să aibă un nivel psihomotor de peste 3 ani, în ceea ce priveşte orientarea, ritmul, tonusul, coordonarea statică şi dinamică, schema corporală şi de lateralitate. Cei mai apţi sunt cei din a doua copilărie. Asocierea cu muzica ritmică a fost conceptualizată în *euritmie*[77] şi aplicată în numeroase centre de terapie.

S-ar realiza, astfel, deschiderea către exterior, integrarea în grup, creşterea încrederii în sine. În cazul schizofreniei această terapie prin mişcare poate realiza un grad de structurare şi dezvoltare a limbajului corpului prin joc şi mişcări de imitaţie gestuală şi tonică.

V.5.2.9. Kinetoterapie şi masaj

Această intervenţie terapeutică face posibilă integrarea lentă, pas cu pas, a imaginii de sine, a psihoticilor autişti, care au deficit perceptual şi integrativ recunoscut (*tehnica Delecata*). Pacienţii inerţi, cu expresie săracă, tind să acţioneze şi să reacţioneze prin intermediul corpului. Toate aceste aspecte completează concepţia terapiei prin mediu şi ilustrează complexitatea tratamentului în schizofrenie, tratament care nu se reduce niciodată la simpla aplicare a unei singure metode, ci impune folosirea împreună a diferitelor procedee în vederea obţinerii celor mai stabile şi mai sigure rezultate în fiecare caz.

Pentru atingerea obiectivului de ameliorare a pacientului (clientului) bolnav de schizofrenie este necesar ca terapeutul să aibă în vedere câteva principii:

a) terapeuţii trebuie să realizeze un contact constant şi activ, folosind laturile indemne ale psihicului pacientului (clientului), care

[77] R. Steiner, E. Frommer, *Diagnosiz and Treatmet in Chimical Child Psychiatry*, London, William Heinemann, 1972, p. 123.

parcurge sau a parcurs o fază sau mai multe faze psihotice productive;

b) schimbările rapide, imprevizibile şi chiar surprinzătoare în starea psihică generală, dar şi în cea somatică nu trebuie apreciate numai sub aspectul grav, acut, ci şi sub raportul implicaţiilor lor biologice, psihologice şi sociale, care apelează la solicitudinea terapeuţilor şi care, în acelaşi timp, pot solicita resursele încă neexplorate ale subiectului şi anturajului său;

c) al treilea factor este impus de efectele sedative, ortotimizante şi hipnoinductoare ale medicaţiei psihotrope, "care reclamă atitudinea deschisă, de atentie şi colaborare între terapeut, pacient şi familia sa, între pacient (client) şi comunitate"[78].

Aceste trei principii reperate de M. Bleuler impun prezenţa unui interlocutor cunoscut, apropiat şi securizant, care să supravegheze administrarea medicamentelor, de obicei a neurolepticelor.

Este frapant faptul că toate metodele de tratament în schizofrenie, ca şi în multe alte boli mentale, nu au trăsături specifice, M. Bleuler considerând că nu există un tratament specific al schizofreniei.

V.5.2.10. Plasamentul familial

Plasamentul familial reprezintă o tehnică terapeutică tot mai importantă în intervenţiile de ordin psiho-social realizată în favoarea clienţilor bolnavi de schizofrenie. Aceasta este o formă de intervenţie tot mai prezentă peste tot în lume. Din multe puncte de vedere, plasamentul familial schimbă puternic percepţia, imaginea asupra mijloacelor de intervenţie clinic-psihiatrice şi psihsociale asupra bolnavului de schizofrenie.

Plasamentul familial nu înseamnă doar "a caza" în afara azilului câţiva "demenţi" inofensivi, ci, în primul rând, de a aplica o măsură terapeutică tuturor celor care pot benficia de ea. Clientul bolnav (cu tulburări) de schizofrenie fuge bucuros de realitate şi se refugiază în autismul său. O perioadă de spitalizare foarte lungă nu

[78] M. Bleuler, "Long time Course of Schizophrenic Psychases" in *Psychol. Med. Jo.*, 1974, p. 244.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

este deloc indicată pentru el, deoarece se adaptează la situaţia din azil şi se stereotipează. Plasamentul familial combate în mod eficace această tendinţă. Fără a-l reda în totalitate pe clientul-bolnav vieţii curente, această intervenţie terapeutică îi dă posibilitatea să se adapteze la aceasta, într-un cadru adecvat, la o viaţă restrânsă, ce-i drept, dar mult mai apropiată de viaţa normală decât cea din azil.

V.5.2.11. Terapia prin muncă şi socioterapia

Detaşat de devenirea ambiantă, bolnavul de schizofrenie are nevoie de cadre fixe care să-i permită o ancorare. Şi în acest sens numai o muncă regulată îi poate oferi asemenea cadre. Sarcina terapeuţilor este de a alege un moment favorabil care să conducă la realizarea unei breşe în autismul clientului bolnav (cu tulburări) de schizofrenie. Această breşă îl va impiedica pe acesta să mai recadă în autism. Iar cel mai eficient mijloc pentru a realiza acest obiecitv îl constituie munca. Aceasta, însă, nu trebuie să fie o muncă maşinală, schematică, ci o ocupaţie adaptată la individualitatea clientului-bolnav, care să ţină seama de deprinderile şi tipul lui specific de trebuinţe.

Ergoterapia are în mod indiscutabil un efect sanogenetic şi resocializant pentru clientul-bolnav de schizofrenie. Acest tip de intervenţie în cazul clienţilor-bolnavi de schizofrenie este cunoscut ca eficient încă din antichitate.

Cel care a formulat principii de intervenţie sistematică de ordin terapeutic ale ergoterapiei, a fost, la sfârşitul sec. al XIX-lea, H. Simon. Ergoterapia a fost o consecinţă a unei atitudini revoluţionare faţă de bolnavul psihic care punea problema posibilităţilor de adaptare a acestuia la realitatea mediului social. În acest fel, principiul conform căruia orice bolnav psihic spitalizat sau aflat în condiţii de spitalizare parţială trebuie să fie antrenat în muncă, în mod util, în raport cu starea lor psihică şi fizică, nu şi-a pierdut valoarea nici astăzi. Dimpotrivă, psihiatria contemporană cu o orientare psiho-dinamică a confirmat şi a întărit principiile lui H. Simon.

Realizarea demersului terapeutic al ergoterapiei în favoarea clienţilor-bolnavi de schizofrenie trebuie să respecte anumite principii care să-i asigure un rezultat pozitiv. Acestea ar fi:

• Terapia prin muncă este realizată ca o acţiune comună de neutralizare a tendinţelor morbide şi de stimulare a funcţiilor normale conservate, prin crearea unei atmosfere speciale în care activitatea, fie productivă, fie creativă să aibă ca finalitate ameliorarea psihică, fizică şi socială, reinserţia cât mai bună a clientului cu tulburări mentale.

• Principiul compensării trebuie aplicat în sensul dezvoltăriii potenţialităţilor sanogenetice ale funcţiilor psihice în procesul adaptării la condiţiile concrete ale mediului social; astfel, bolnavul psihic este readaptat prin muncă, iar în multe cazuri reînvaţă să trăiască în societate.

• Pentru că ergoterapia are ca scop final resocializarea bolnavului psihic, activitatea prin muncă efectuată în scop terapeutic trebuie să păstreze cât mai mult caracterul muncii în societate. Repausul, activitatea distractivă, ca şi toate acţiunile socioterapeutice, oferă posibilităţi multipe de acţiune asupra psihicului, ajutând mult reeducarea şi resocializarea.

• Ergoterapia este orientată spre o îmbunătăţire a comportamentului clientului-bolnav de schizofrenie, restabilind obiceiurile de viaţă a acestuia, deprinderile lui de muncă.

• De asemenea, ergoterapia dezvoltă activitatea psihosocială a bolnavului, îi lărgeşte sfera preocupărilor, prin progresul socializării şi al adaptării la realitate.

• În sfârşit, terapia prin muncă limitează manifestările psihopatologice ale clientului bolnav psihic, prin expirarea culpabilităţii şi controlul asupra stărilor psihotice şi paranoide.

Întrucât conduce la ameliorarea efectului negativ al anxietăţilor şi al fobiilor, prin încurajarea interesului şi atitudinii faţă de muncă, şi pregăteşte adaptarea extra-muros, ergoterapia are un aport semnificativ la realizarea psihoigienei şi profilaxiei clienţilor cu tulburări mentale.

SOCIOTERAPIA. Acest tip de intervenţie psiho-socială porneşte de la premisa că realitatea bolii psihice nu poare fi privită

separat de condiţiile generale de viaţă ale clientului cu tulburări mentale. Socioterapia a condus la o schimbare semnificativă a modului în care celelalte terapii au abordat problematica clientului-bolnav psihic, prin utilizarea resurselor terapeutice ale mediului social în favoarea acestuia.

Pozitivă şi benefică pentru realizarea şi menţinerea stării de sănătate psihică, relaţia clientului-bolnav psihic cu mediul său de viaţă este folosită tot mai mult în intervenţiile psiho-sociale asupra persoanelor cu tulburări mentale.

Socioterapia îşi propune să înlăture sau să amelioreze efectul negativ al tulburării psihice asupra stării afective şi de comportament, prin modificarea interacţiunii dintre individ şi mediul social, pentru a se facilita adaptarea bolnavului mental. Dezideratul comun al tuturor tehnicilor şi intervenţiilor utilizate este reînscrierea bolnavului psihic în mediul său de viaţă.

Întreaga acţiune de intervenţie în favoarea clientului cu tulburări mentale tinde să înglobeze toate demesurile, într-un mod integral, în condiţiile utilizării prin îmbinare a factorilor sociali şi psihici. În acest sens, G. Ionescu, în *Psihologia clinică,* considera că: "Actualmente există un consens al celor trei direcţii terapeutice: farmacologia psihologică şi socioterapeutică, într-o unitate de concepţie, care nu este numai teoretică, ci şi practică"[79].

Realizarea prin delimitare şi utilizare a noţiunii de socioterapie a cunoscut mai multe etape, de la *"open-door hospital"*, la mişcarea pentru terapeutica socială, în forma *"comunităţii terapeutice"*. Utilizarea în mod curent a neurolepticelor în tratamentul clienţilor-bolnavi de schizofrenie, a dat posibilitatea unei abordări speciale, prin înfiinţarea unor centre de sănătate mentală. Spre exemplu, în România, în 1933, la Sibiu, Gh. Preda a înfiinţat un dispensar de psihiatrie. Interferenţa dintre biologic şi social la nivelul psihismului impune că administrarea de psihotrope să fie dublată de metode socio-psihoterapeutice, precum ar fi: metodele şi tehnicile de relaxare, de învăţare, terapiile ocupaţionale, arterapiile, meloterapiile etc.

---

[79] G. Ionescu, *Psihologia clinică*, Bucureşti, Ed. Academiei, 1985, p. 97.

J. Bierer, plecând de la realizările lui H.Simon în domeniul socioterapiei, a aplicat penrtu prima dată în 1930, la Tavistock Club din Londra, ideile aşa-numitei "*social-club-therapy*", considerate a fi punctul de plecare al practicii socioterapeutice. Şi în România, asociaţia ESTUAR, prin centrul ei de zi din Bucureşti, abordează actualmente o asemenea intrevenţie în favoarea clienţilor-bolnavi de sindromul de schizofrenie.

Ţinta pe care o urmăreşte activitatea "cluburilor sociale terapeutice" este de a îmbunătăţi capacitatăţile şi abilităţile membrilor lor de a participa la activităţi sociale.

Un aport substanţial la dezvoltarea socioterapiei i-l datorăm lui M. Jaones care, în lucrarea sa *The Therapeutic Community,* a dezvoltat conceptul de *comunitate terapeutică*[80]. Principiile de bază ale funcţionării comunităţii terapeutice, consemnate în lucrarea lui M. Jones, ar viza, în primul rând, permisivitatea, adică renunţarea la sancţiuni, precum şi crearea unui climat favorabil liberei exprimări a clientului-bolnav mental. De asemenea, un al doilea principiu l-ar constitui diviziunea activităţilor administrative şi terapeutice între diverşi componenţi ai personalului de îngrijire. Şi, continuând pe aceeaşi linie, comunitatea – ca element esenţial al acestei sintagme cu valoare terapeutică – urmăreşte să asigure resocializarea clienţilor cu tulburări mentale, prin integrarea lor într-o comunitate modelată după structura unei familii. Într-o astfel de ipostază, clientul cu tulburări mentale devine subiect activ al procesului de recuperare a capacităţilor sale psihice şi sociale.

Şi, în sfârşit, un ultim principiu al funcţionării ideii de comunitate terapeutică este cel de realitate. Acesta presupune organizarea vieţii şi activităţii din interiorul spitalului a clienţilor-bolnavi mentali în ideea reflectării structurilor vieţii cotidiene, obişnuite.

Socioterapia, pentru a oferi o alternativă îngijirii clienţilor cu tulburări mentale, aflaţi într-o situaţie de tranziţie între spital şi comunitate, a realizat "spitalul de noapte". Într-o asemenea structură, clientul-bolnav mental primeşte îngrijire seara, prin aplicarea de tehnici şi metode chimio- şi socio-psiho-terapeutice.

---

[80] M. Jaones, *The Therapeutic Community,* New York, Basic Books, 1953, p. 60.

Dintre metodele socioterapeutice cele mai eficiente se impune a fi, în cazul clienţilor cu tulburări mentale, psiho-terapia.

Alte forme de organizare a structurilor socioterapeutice spitaliceşti şi *extra-muros* sunt următoarele:

a) spitalul de zi apropiat ca model de funcţionare cu mai sus amintitul *social club therapy*;

b) dispensarul de psihiatrie ca formă de tratare multifuncţională şi de recuperare ambulatorie;

c) secţiile de "*out-patient*", ce au fost create în Anglia în anul 1912, de către A. Meyer, şi care cuprind de regulă secţii de terapie colectivă, de grup, laboratoare de psihologie şi psihiatrie, cluburi pentru bolnavi;

d) îngrijirea comunitară, "*community cure*", este destinată urmăririi, tratamentului şi profilaxiei postcură a clienţilor cu tulburări mentale.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAPITOLUL VI

Recuperarea clienților cu tulburări mentale ale sindromului de schizofrenie

Avem de-a face cu un proces foarte complex în recuperarea clienților bolnavi de schizofrenie. Apariția tratamentului psihotrop, la mijlocul anilor '50 ai sec. al XX-lea, a reprezentat un moment revoluționar, fapt ce a condus la schimbarea la față a așezămintelor spitalicești-psihiatrice, la combaterea hospitalismului, prin transformarea tratamentului cronic într-o terapie ambulatorie, ori semiambulatorie. Însă existența neurolepticelor nu numai că face posibilă, dar și impune aplicarea și a altor tratamente de influențare directă, psihologică și socială, în care Asistentul Social are un rol important.

Prin urmare, nu există decât un contrast fals între tablete și cuvinte, fiecare dintre ele ușurează și completează acțiunea celeilalte terapii. Fiecare trebuie să-și găsească indicațiile cele mai potrivite, diferențiate și individualizate în funcție de pacient-client și de evoluția stării sale clinice.

Pentru ca preparatele depozit să-și merite numele de medicamente ale resocializării, nu sunt suficiente numai progresele farmacologice. Este necesar ca momentul administrării preparatelor, fie standard, fie depozit, să devină pentru bolnav nu o simplă administrare de "oră" sau de "zi" a unei injecții, ci un moment, o oră sau o zi a înțelegerii și a comunicării interumane. Astfel că în recuperarea bolnavilor de schizofrenie un loc central îl au continuitatea, accesibilitatea, comprehensibilitatea din partea familiei și a comunității.

S.V. Predescu[81] afirmă că noţiunea centrală în jurul căreia gravitează aspectele teoretice şi practice ale recuperării este legată de accesibilitatea şi continuitatea unei asistenţe complexe biologice, psihologice şi sociale.

În acest sens, L. Bachrach[82] pune un accent deosebit pe dimensiunea continuităţii îngrijirii. Din acest punct de vedere există mai multe aspecte:

1. *Dimensiunea temporală, longitudinală, paralelă* cu evoluţia clinică a cazului, chiar dacă terapeuţii, modalităţile de tratament şi chiar locul de desfăşurare a acestuia se pot schimba. Asistenţa longitudinală face ca episoadele de boală să fie privite drept consecutive şi legate între ele. Ea începe atunci când bolnavul intră în sistemul de tratament şi se termină la părăsirea acestui sistem, indiferent de modalitatea staţionară, ambulatorie sau semiambulatorie de intrare sau ieşire. Cu alte cuvinte, asistenţa longitudinală începe în momentul apariţiei nevoii de tratament şi încetează după satisfacerea acestei nevoi.

2. *Dimensiunea continuităţii* este reflectată în relaţiile pe care le stabileşte clientul-pacientul cu toate persoanele cu investire terapeutică – medic, psiholog, asistent social, cât şi cu familia sa, pentru că el trebuie să primească asistenţă pentru toate problemele sale.

3. A treia dimensiune a continuităţii este *comprehensibilitatea* sa, alături de flexibilitatea procesului de recuperare, necesară atât ca o consecinţă a progreselor de inserţie a bolnavului, cât şi de modalităţile survenite independent de evoluţia sa clinică. Asistentul social trebuie să intervină ca mediator pentru că pot surveni modificări fie pozitive, fie negative în familie, fie la locul de muncă, ori în comunitate.

4. *Dimensiunile relaţionale, ale accesibilităţii şi de comunicare, ale continuităţii* asistenţei sunt strâns legate între ele. În aceste condiţii, asistentul social trebuie să intervină pentru ca tot personalul angajat în recuperarea bolnavului schizofrenic să adopte atitudini care, mai mult sau mai puţin, să promoveze reuşita recuperării

---

[81] S.V. Predescu, *Psihiatrie*, vol. I, Bucureşti, Ed. Medicală, 1989, p. 767.

[82] L. Bachrach, "Continuity of Core for Chronic Mental Patients", in *Americ. J. Psychiatri.*, 138, 1981, p. 1449.

şi păstrarea unei atmosfere de familiaritate şi optimism în grupul pacientului-clientului.

Factorii cu implicaţii în tratament trebuie să poată comunica în mod organizat asupra progresului recuperării, iar accesul pacienţilor-clienţilor la sistemul de servicii trebuie să nu fie îngrădit de nici un fel de bariere birocratice sau de altă natură.

Asistentul social, împreună cu medicul de familie, joacă un rol deosebit, ei legând echipa de intervenţie psihiatrică şi socială, astfel încât să se asigure continuitatea asistării sale prin toate mijloacele (serviciile) de sănătate mentală, ambulatorii şi semiambulatorii, centrele de asistare comunitară psihiatrică.

Cercetările întreprinse indică faptul că internările de scurtă durată în secţiile şi spitalele de psihiatrie sunt favorabile recuperării şi reinserţiei socio-profesionale a bolnavilor psihici. În felul acesta, F. Herz şi colaboratorii[83] au putut demonstra superioritatea internărilor scurte (durata medie a spitalizării de 11 zile, faţă de 60 de zile – durata medie standard atât din punct de vedere al stării clinice a bolnavului, cât şi din cel al familiilor lor şi din cel al reintegrării socio-profesionale după doi ani de observaţie). Cercetări ce au inclus un lot de bolnavi din care 63% bolnavi de schizofrenie, rezultatele fiind deosebite, dar în condiţii de asistenţă ambulatorie sau semiambulatorie de bună calitate, ulterioare internării de scurtă durată, arăta că: "Durata internării nu are o influenţă semnificativă asupra calităţii recuperării, după un an aceasta depinzând în cea mai mare măsură de calitatea tratamentului şi relaţiile stabilite de bolnav în comunitate"[84]. Prin urmare, nu este suficient să se proclame superioritatea asistenţei psihiatrice ambulatorii pentru ca ea să se realizeze. Externarea unor bolnavi cronici îndelung spitalizaţi, în condiţiile lipsei unor servicii ambulatorii adecvate, duce la mutarea "saloanelor dosnice" ale bolnavilor cronici pe "străzile dosnice" ale marilor oraşe.

---

[83] F. Herz şi colab., "Brief Hospitalization, Two-year Follow-up", in *Arch. gn Psychiat.*, 36, 1979, pp. 701-705.

[84] C.L.M. Coten, "Effect of Length on Inpatient Tratment for Chronic Schizophrenia", in *Amer J. Psychiat.*, 1987, pp. 856-861.

Persoana cu tulburare mentală de schizofrenie trebuie să fie ocrotită spre a nu rămâne "în stradă", ea neavând discernământul faptelor sale şi putând comite cu usurinţă acte antisociale.

Toate cercetările de asistenţă socială scot în evidenţă rolul pe care-l are familia în reintegrarea şi menţinerea bolnavului schizofrenic. În relaţia cu familia, bolnavul schizofren are de întâmpinat un potenţial psihogen în multe situaţii, devenind clasică imaginea *"mamei schizofrenogene"*, a legăturilor exagerate părinte-copil sau perturbările de comunicare şi de acţiune concertată din familiile schizofrenilor. "Astfel că şi sub terapie neuroleptică condusă corect – arată Brown şi Wing –, schizofrenii care locuiesc cu membrii de familie cu atitudini emotionale crescute, hipersensibile, hipercriticişti recad mult mai frecvent decât bolnavii ai căror membrii de familie au expansivitate emţională mai scăzută"[85]. Aici intervine rolul important al asistenţilor sociali care trebuie să realizeze o relaţie terapeutică eficientă cu membrii familiei clientului lor – bolnavul de schizofrenie.

Asistentul social trebuie să explice şi să arate situaţia în care se găseşte clientul său, căutând să obtină de la aceştia sprijin în susţinerea lui. În cazul familiilor hipersensibile, persoanele "sănătoase" se implică prea mult în viaţa bolnavului schizofren, îl supraveghează excesiv, îi fac deseori observaţii suprasaturate emoţional şi inoportune. Controlul supradimensionat, hiperprotector şi sâcâitor, neconfortant şi nemobilizator este dăunător clientului cu tulburări mentale de schizofrenie. Toate acestea creează o atmosferă de subsolicitare a clientului – bolnavul schizofren, care au drept consecinţă creşterea dezinteresului, detaşării, obtuziei afective şi diminuarea componentelor unui comportament relaţional activ şi eficient.

În acest sens, Vaughn şi Leff[86], caracterizând rudele cu reacţii emoţionale hiperprotectoare (hipersensibile), evidenţiază existenţa unor trăsături esenţiale:

---

[85] G.W. Brown, J.K. Wing, "Staff Cerentestransferance Reactions in the Hospital Treatment of Bordelines Patiens, in *Psychitry.*, 44, 1988, pp. 333-345.

[86] C. Vaughn, J. Leff, "Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenie Patients", in *Schizo Bull.*, 1(43-45), 1986, p. 7.

1. *Impunerea liniei şi părerilor comportamentale personale* care, ca atare, sporesc, prin lipsa de antrenament, dificultăţile de iniţiere a relaţiilor proprii ale bolnavului.

Dimpotrivă, rudele cu reactivitate emoţională redusă, indiferentă şi prin efect, subsolicitantă, cultivă dorinţa clientului de închidere autistă, de distanţare şi de ermetism, caracteristică desfăşurării procesului disociativ.

2. *Rudele hipersensibile*, prin anxietatea şi tonica lor excesivă în faţa bolnavului-clientului sunt surse de sporire a neîncrederii, nesiguranţei şi suspiciunii (componente caracteristice tabloului clinic al acestuia). Rudele cu reacţii emoţionale mai normotensive la boală, atunci când exprimă un interes temperat şi controlat, influenţează pozitiv relaţia bolnavului cu ambianţa.

3. *Reprezentarea despre boală* a rudelor este şi ea diferită ca efect asupra posibilităţilor de recuperare a clienţilor cu tulburări mentale de schizofrenie. Cei cu reacţii hipersensibile, adesea din dorinţa paradoxală de a încuraja bolnavii, îi învinuiesc de lipsă de voinţă, de laşitate sau complacere în statutul de bolnav psihic.

Adesea exagerând, ei critică disproporţionat şi fac responsabili pe clienţii bolnavi de faptele lor. Spre deosebire de ei, familia cu reactivitate scăzută apreciază comportamentul şi faptele bolnavului drept o consecinţă a bolii şi nu a unei intenţii planificate şi motivate.

4. *Nivelul toleranţei şi al aspiraţiilor* se manifestă diferenţiat. Astfel cei toleranţi şi cu nivel emoţional scăzut manifestă tendinţa de acceptare a tulburărilor comportamentale şi a nivelului de comunicare al clientului-bolnav psihic.

Cei hipercriticişti şi sensibili forţează nota pentru menţinerea normelor sociale anterioare îmbolnăvirii, obligând clientul să se poarte ca şi cum ar fi normal, solicită păstrarea (cel putin aparentă) a unui nivel de aspiraţii şi performanţe profesionale şi sociale mult disproporţionat faţă de capacităţile reale postprocesuale ale bolnavului.

Multe cercetări, aşa cum este şi cea a lui Hirch (1987), demonstrează influenţa pe care o are prezenţa unor atitudini nega-

tive din partea unor membri ai familiilor clienților-bolnavi schizofrenici, dar și a efectului pe care le poate exercita asupra planurilor terapeutice.

În felul acesta, într-o catamneză de doi ani, Vaugh și Leff[87] au găsit că recăderile schizofrenilor cu membri de familie cu emoționalitate crescută sunt semnificativ mai frecvente, decât recăderile celor din familii "normale". Mai mult, efectul terapiei neuroleptice de întreținere a fost aproape anulat în familiile cu emoționalitate crescută, în timp ce în restul familiilor efectul protector al medicației față de recădere a fost semnificativ statistic.

Rudele cu emoționalitate crescută au o influență negativă asupra reacțiilor psihofiziologice ale bolnavilor de schizofrenie. Astfel, rezistența galvanică cutanată a schizofrenilor acuți a fost alterată semnificativ, față de bolnavii fără astfel de rude. Fenomenul a fost semnalat nu numai când membrii respectivi de familie erau prezenți, dar chiar și atunci când ruda nu era de față, dar se amintea numele ei.

Reacția psihofiziologică aparent este modificată la toți bolnavii în momentul apariției unei rude în laborator, dar intrarea unei rude cu emoții exprimat crescute nu permite, apreciază D. Sturgeon și colab.[88], intervenția procesului de habituare la bolnavul din familia respectivă, evidențiindu-se prin urmare, persistența anormală a tipului modificat de reacție psihofiziologică.

Alte studii întreprinse de I. Falcon și colab.[89] susțin că există o relație între reacția la evenimentele de viață, în cazul familiilor cu emoții ridicat exprimate – hipercriticiști. Au fost elaborate astfel instrumente standardizate pentru obiectivarea exprimării emoțiilor. Recăderile bolnavilor schizofreni care locuiesc cu asemenea persoane nu sunt de obicei precedate de un exces de evenimente de viață, pe când la cei fără astfel de rude sunt prezente în exces evenimentele de viață. În felul acesta, debutul sau recăderea schi-

[87] *Ibidem*, p. 375.
[88] D. Sturgeon, "The Prognosis of Schizophrenia", in *Schizo Bull.*, 4, 1978, pp. 56-67.
[89] I. Falcon, "Family Menagement in the Preventiv of Exacerbation of Schizophrenia", in *New Engl. J.Med.*, 1992, p. 306.

zofreniei se asociază fie cu emoţiile exprimate crescut (hipersenzivitatea rudelor), fie cu prezenţa evenimentelor de viaţă, pe când în depresie este necesară, de obicei, asocierea dintre prezenţa concomitentă a unei rude hipercritice faţă de bolnav şi a unor evenimente negative de viaţă.

În această direcţie, J. Leff şi C. Vaughn[90] au realizat un program de intervenţie socială în familiile hipercritice, cu emoţii exprimate crescut. Ei au organizat un program de instruire asupra schizofreniei, un grup comun pentru rude cu şi fără emoţii exprimate crescut al schizofrenilor şi un ciclu de şedinţe de terapie familială pentru bolnav împreună cu grupul său de conlocuire.

Cercetările întreprinse de Leff şi colaboratorii săi sunt spectaculoase. În grupul martor au fost semnalate 50% recăderi faţă de numai 9% în cel experimental. În afară de aceasta, nici o recădere nu a fost pusă în evidenţă în cele 73% familii la care s-a considerat că au fost atinse scopurile psihoterapeutice ale programului experimental.

Actualele studii în domeniul psihoterapiei familiale demonstrează importanţa influenţei asupra familiei, considerată a fi locul principal al interacţiunii clientului bolnav de schizofrenie cu cei din jurul său şi, prin aceasta, ţinta electivă a desfăşurării intervenţiei terapeutice psihosociale. Se remarcă, în această direcţie, remisiuni mai frecvente şi mai durabile la clienţii cu tulburări mentale de schizofrenie care, după ce au depăşit perioada acută, trăiesc independent (nu cu familia părintească).

Pe de altă parte, în reinserţia socială a clienţilor cu tulburări mentale de schizofrenie, un rol deosebit îl au sistemele şi reţelele de sprijin social. În acest sens, M. Hanimer[91] include în definirea sprijinului social totalitatea expresiilor verbale ale formelor com-

---

[90] J. Leff, C. Vaughin, "The Interaction of Live Events and Relatives Expresed Emotion in Schizophrenia and Depressivce Neurosis", in *Brit. J. Psychiat.*, 136, 19850, pp. 140-153.

[91] M. Hanimer, "Social Support, Social Networks and Schizophrenia", in *Schizo Bull.*, 7(1), 1998, pp. 45-58.

portamentale din partea celor mai apropiaţi, care facilitează depăşirea unor dificultăţi de viaţă, a unor stresuri.

Reţeaua de sprijin social îl are în centrul său pe Asistentul Social, dar îi include şi pe aceia la care clientul – cu tulburări mentale de schizofrenie se poate aştepta la ajutor, printr-o vorbă sau o faptă bună date la nevoie.

Toate studiile întreprinse asupra reţelelor de sprijin social confirmă efectele pozitive asupra clienţilor cu tulburări mentale de schizofrenie, aprecierilor lor subiective adăugându-se cele obiective ale rudelor şi prietenilor lor[92]. Nu trebuie omisă nici importanţa intervenţiei sociale individuale, a lucrului cu clientul bolnav de schizofrenie, pentru stimularea motivaţiilor sale pentru muncă, pentru realizări personale şi pentru ameliorarea sau reorientarea cunoştinţelor şi îndemânărilor sale profesionale şi sociale.

Asistentul Social trebuie să-l determine pe clientul său să se ridice la nivelul înţelegerii capacităţii sale de a produce lucruri pentru ceilalţi semeni ai săi şi, prin aceasta, şi pentru sine. Recuperarea clientului bolnav de schizofrenie impune elaborarea unor planuri de intervenţie psiho-socială echilibrate. Întotdeauna trebuie să se găsească nivelul cel mai bun de stimulare externă, pentru că subestimarea duce la adâncirea stării psihotice a clientului, iar suprastimularea şi pretenţiile disproporţionate, faţă de el prezintă, riscul de decompresare psihotică.

Orientarea preponderentă a intervenţiei, în cazul clienţilor bolnavi de schizofrenie, spre modelul ambulatoriu sau semiambulatoriu a contribuit substanţial la modificarea atitudinii comunităţii faţă de schizofrenie şi faţă de cei care au această problemă.

Toate aceste realităţi au avut drept rezultat modificarea "stării naturale" a schizofreniei, a *patomorfozei* ei. În evoluţia schizofreniei, aspectele patomorfozei se remarcă în primul rând prin scăderea frecvenţei şi intensităţii puseurilor, cu apariţia unor forme cu evoluţie abortivă a fazelor active ale delirului, fiindcă pot apărea epi-

[92] Glazerw şi colab., "Chronic Schizophremics in the community: Are they Able to Report their Social Adjustment", in *Americ. Med. J.*, 52, 1992, pp. 166-171.

soade delirant-halucinatorii față de care bolnavii au atitudine critică. Se vorbește astăzi de o "demalignizare" a schizofreniei, prin forme mai simple, mai ușoare a acestei boli.

John Romano[93] consideră, în urma unei lungi experiențe, că astăzi schizofrenia este mult mai benignă și că există o bună posibilitate de adaptare socială a clienților ce au această problemă. Același autor remarcă imposibilitatea de a demonstra existența unei cauze unice sau specifice a bolii, și absența, în majoritatea cazurilor, a unei personalități prepsihotice caracteristice pentru schizofrenie; arătând că ea în mod necesar, dar nu și suficient, este influențată de factori genetici și de mediu.

[93] J. Komano, "On the Natur of Schizophrenia: Changes in the Observer as well as the Observed", in *Schizo Bull.*, 1997, pp. 532-539.

CAPITOLUL VII

Un model de cercetare psiho-socială şi de intervenţie a asistenţei sociale

VII.1. Obiectivul cercetării

Realizarea acestui studiu urmăreşte să pună în evidenţă rolul şi calitatea terapeutică a intervenţiilor psiho-sociale realizate în favoarea clienţilor diagnosticaţi clinic cu sindromul de schizofrenie. În acelaşi timp, va fi subliniat locul şi rolul asistentului social, competenţele profesionale pe care acesta le are în realizarea acestor intervenţii psiho-sociale.

Pentru realizarea acestui deziderat au fost utilizate mijloace metodologice de investigaţie, de strângere a datelor şi de intervenţie, atât de ordin clinic-psihiatric, cât şi de ordin psiho-sociologic.

Ţinta finală a acestei cercetări constă în găsirea şi susţinerea acelor mijloace de intervenţie psiho-socială, pe care le-a adoptat Asistenţa Socială, astfel încât clientul diagnosticat clinic cu sindromul de schizofrenie să poată fi cât mai bine reintegrat din punct de vedere psiho-social. În acest sens, subliniem faptul că clienţii diagnosticaţi clinic cu sindromul de schizofrenie sunt persoane cu nevoi speciale, care, ca urmare a situaţiei de boală psihică, se confruntă cu o puternică criză psiho-socială.

Pornind de la această constatare este evident faptul că intervenţia psihiatrică clasică nu este suficientă, intervenţia terapeutică trebuind să se dimensioneze extra-muros, la nivelul relaţiilor interpersonale ale clientului, relaţii care au un rol determinant în susţinerea în realitate a identităţii de sine a acestuia.

Pornind de la etimologia cuvantului schizofrenie, introdus de E. Bleuler în anul 1911, care ar fi însemnat în greaca veche: *schizein* – "a împărţi", "a diviza", şi *phrenos* – "spirit", rezultă că

cel care manifestă acest sindrom psihic se confruntă cu grave probleme de identitate de sine, de relaționare interpersonală și adânci clivaje în capacitatea de testare rațională a realității.

O ființă umană a cărei personalitate este divizată, chiar pulverizată de realitatea bolii psihice, are nevoie de un suport terapeutic deosebit, care să o ajute și să o pregătească să se întoarcă în colectivitate, în primul rând în familie, în condiții cât mai aproape de normalitate, având în vedere specificul acestui sindrom psihic care permite nu o vindecare totală, ci numai o bună remisiune.

În demersul terapeutic, al intrevenției noastre psiho-sociale, am avut în vedere suportul psiho-social al membrilor familiilor clienților noștri diagnosticați clinic cu sindromul de schizofrenie, și care, în mod inevitabil, au fost și ei afectați de situația de boală a acestora. Numai în acest fel, intervenția terapeutică de ordin psiho-social, realizată de către un asistent social special pregătit în acest sens, împreună cu alți specialiști-psihiatru, psiholog, sociolog etc., poate avea bune rezultate, având o abordare integralist-holistă asupra condițiilor psiho-sociale de manifestare, desfășurare a realității acestei boli psihice, incluzându-le pe toate acele persoane semnificative pentru client-bolnav.

Prin urmare, această intervenție terapeutică este suportivă nu numai clientului-bolnav psihic, ci și celorlați membri ai familiei sale, care trebuie să facă față unei situații speciale, atât ca urmare a modificărilor comportamentale ale celui bolnav, cât și atitudinii de stigmatizare, de etichetare negativă a celor din jurul lor: vecini, colegi de serviciu, prieteni etc.

Necesitatea actului de intervenție psiho-socială mai este determinată și de realitatea datelor statistice. În acest sens, D.S.M. IV T.M. (1994) pune în evidență faptul că speranța de viață a celor diagnosticați clinic cu sindromul de schizofrenie este mai scurtă decât a majorității populației din varii motive. De asemenea, sinuciderea este un fenomen extrem de frecvent în rândul celor afectați de acest sindrom psihic, astfel încât 10% dintre aceștia se sinucid. Tot în D.S.M. IV T.M. (1994) se arată că, din punct de vedere statistic, factorii de risc pentru suicid presupun faptul de a fi de gen mascu-

lin, vârsta sub 30 de ani, să fi avut simptome depresive, la care se mai adaugă şomajul şi ieşirea recentă din spital.

Deşi există o mare diversitate în raportarea prevalenţei schizofreniei, deoarece diversele studii au utilizat metode diferite de determinare (de ex., rural *versus* urban, comunitate *versus* clinică sau spital), precum şi definiţii diferite ale schizofreniei (îngustă *versus* largă, bazată pe criterii *versus* clinică), estimările prevalenţei acesteia în cele mai multe studii ample merg de la 0,2% la 2%. Ratele de prevalenţă sunt asemănătoare în toată lumea, existând însă insule de prevalenţă mai mare în anumite zone ale lumii.

Plecând de la toate aceste surse de informaţii, prevalenţa schizofreniei în cursul vieţii este estimată de regulă la a fi între 0,5% şi 1%. Ca urmare a faptului că schizofrenia tinde a fi cronică, ratele de incidenţă sunt considerabil mai mici decât ratele de prevalenţă şi sunt estimate a fi de 1 la 10.000 pe an.

Mai trebuie arătat că aceleaşi studii realizate în întreaga lume au scos în evidenţă faptul că în ceea ce priveşte paternul familial, rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu schizofrenie au un risc de schizofrenie de zece ori mai mare decât cel al majorităţii populaţiei. Ratele de concordanţă pentru schizofrenie sunt mai mari la gemenii monozigoţi decât la gemenii dizigoţi.

Studiile pe adoptaţi au arătat că rudele biologice ale indivizilor cu schizofrenie au un risc crescut de schizofrenie, pe când rudele adoptive nu. Deşi multe date sugerează importanţa factorilor genetici în etiologia schizofreniei, existenţa unei rate discordante considerabile între gemenii monozigoţi indică, de asemenea, importanţa factorilor de mediu.

Toate aceste date ne îndreptăţesc să afirmăm că intervenţia psiho-socială a asistentului social este necesară în favorea clientului bolnav de schizofrenie şi că ea trebuie să fie complementară celei clinic-psihiatrice.

O nouă şi mai eficientă adaptare la condiţiile determinate de realitatea bolii psihice a clientului-bolnav de schizofrenie îşi propune ca obiectiv demersul nostru de cercetare, prin identificarea acelor mijloace terapeutice de ordin psiho-social pe care le are la îndemână Asistenţa Socială.

Drept urmare, acest demers pune un accent deosebit pe condiţiile reale de viaţă, psiho-sociale ale persoanei aflată în condiţii de dificultate deosebită, şi, îndeosebi, pe legăturile, relaţiile sale cu familia.

VII.2. Ipotezele de cercetare

Individul diagnosticat clinic cu sindromul de schizofrenie este o persoană ale cărei probleme nu pot fi soluţionate doar prin intervenţia clinic-psihiatrică, ci într-un context psiho-social mai larg, în care Asistenţa Socială ocupă un rol semnificativ.

Persoana astfel diagnosticată se confruntă cu o deteriorare a suportului său psiho-afectiv, cu un blocaj la nivelul sistemului său de relaţii interpersonale. Criza provocată de manifestările bolii, la care se adaugă şi cea determinată de efectele punerii diagnosticului, afectează grav atmosfera din interiorul familiei celui care este bolnav, încât este necesară o intervenţie în favoarea tuturor celor care sunt implicaţi şi inlufluenţaţi.

Numai prin aplicarea unei terapii psihosociale de familie, individul diagnosticat cu tulburare de schizofrenie reziduală, spre ex., se va putea reintegra în viaţa socială, şi în primul rând în viaţa de familie. Individul-clientul-bolnavul cu probleme determinate de tulburările mentale nu mai poate fi tratat izolat, exclusiv în spaţiul clinc psihiatric, ci doar în contextul natural al relaţiilor sale de viaţă, în primul rând, la nivelul raporturilor acestuia cu propria lui familie.

În acest fel, intervenţia psiho-socială a Asistenţei Sociale este complementară celei clinice, urmărind să refacă condiţiie integrale de personalitate ale individului-clientului bolnav din punct de vedere psiho-social. În acest context, rolul asistentului social, specializat în terapiile specifice tulburărilor mentale, se impune, el devenind complementar celui clinic, al medicului psihiatru.

VII.3. Motivaţie

Realitatea specifică diagnosticului clinic de schizofrenie face ca abordarea clasică de ordin clinic-psihiatric să fie insuficientă şi

unilaterală. A existat şi există o tendinţă de a acorda prioritate identificării corelaţiilor neurofiziologice şi neuroanatomice a bolii psihice, fapt ce a pus şi pune în con de umbră influenţa substanţială a contextului socio-cultural asupra evoluţiei şi prognosticului bolii. Starea de boală (suferinţă), fie fizică, fie mentală, are în mod evident şi o evoluţie socială, care interacţionează cu substratul biologic al acesteia, influenţând severitatea bolii şi chiar prognosticul ei pe termen lung.

Studiile transculturale, precum cel realizat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, în forma unui studiu Pilot asupra schizofreniei, în anul 1974, şi care, cu toate imperfecţiunile metodologice, au permis concluzionare unui prognostic mai favorabil în ţările lumii a treia, în comparaţie cu societăţile occidentale industrializate.

Explicaţiile sunt determinate de existenţa unui sistem de suport social mult mai eficient, reprezentat de modul de organizare a familiei (familia extinsă pe mai multe generaţii, coabitând sub acelaşi acoperiş) şi o mai bună toleranţă a bolii din partea societăţii.

Cele mai multe societăţi din ţările subdezvoltate, având o organizare sociocentrică, oferă mult mai bune condiţii de protecţie socială, prin consolidarea legăturilor familiale extinse, o mai bună evitare a însingurării şi a izolării sociale, ca să nu mai vorbim despre ostracizarea socială, a cărei victimă este bonavul de schizofrenie din societaţile de tip occidental-industrializate.

Mediul familial, stucturat pe tipul nuclear de familie, produce tensiuni intrafamiliale, mai greu de suportat de un membru al familiei, fragilizat de boala psihică, ceea ce acţionează ca un potenţial factor de stres, mărind riscul de decompensare şi împiedicând recuperarea şi reintegrarea individului într-un circuit de funcţionare socială normală.

Caracterul competitiv al societăţilor de tip occidental orientate spre eficienţă şi care stimulează cu precădere activităţile performante, face din acestea medii nepropice pentru reintegrarea reală a bolnavilor psihici cu sindrom de schizofrenie. Tendinţa de marginalizare, care este o formă de blam social faţă de bolnavul psihic, face tema destigmatizării acestor oameni, la fel de actuală şi pentru societăţile de înaltă performanţă, dar cu standarde discutabile de caritate socială. În acest fel, problema destigmatizării devine, pe

lângă componenta axiologic-valorică şi antropologică de mentalitate, şi o problemă cu un aspect economic.

Se pune, astfel, în mod legitim, întrebarea cât este dispusă o societate să investească în programe de recuperare reală, cu mobilizarea unor resurse importante pentru membrii defavorizaţi care s-au îmbolnavit psihic?

Societăţile aflate "în tranziţie", din care face parte şi societatea românească, au o dinamică interrelaţională şi o organizare a reţelelor de suport socio-comunitar, care plasează bolnavul psihic aflat în dificultate într-o situaţie mult mai precară chiar şi decât cel din ţările subdezvoltate.

Societăţile tradiţionale nu discriminează bolnavii mentali, continuând să-i menţină în reţeaua socio-familială, mult mai toleranţă şi prin mentalitate şi prin modelele explicative ale bolii (boala mentală, ca rezultat al influenţelor magiei şi a vrăjitoriei, practicate de forţe oculte, ostile, cărora le pot cădea victime şi ceilalţi membri ai comunităţii, încă neafectaţi de boală).

Evaluarea prognosticului favorabil în societăţile de tip occidental-industrializate, ţine cont de variabile, care estimează capacitatea de autonomie a unui individ, deci gradul de funcţionare socială ca o entitaate singulară, izolată:

- numărul de recăderi necesitând spitalizări repetate;
- capacitatea de autoîngrijire;
- capacitatea de angrenare în activităţi productive, care să-i asigure autoîntreţinerea;
- capacitatea de a stabili raporturi sociale etc.

În societăţile non-industrializate, mediul social asigură mai multă flexibilitate în susţinerea individului de a se insera în relaţii sociale satisfăcătoare şi în activităţi productive (în mediul rural şi în activităţi agricole), ceea ce conferă bolii un caracter mai puţin handicapant şi stigmatizant.

În acelaşi timp, abordările terapeutice trebuie să ţină cont de datele de evaluare clinică, în care formularea etnoculturală şi contextuală a bolnavului este parte integrantă din diagnosticul multiaxial al Sistemului American D.S.M. IV, care se află totdeuna înaintea realităţii practice de abordare a tulburărilor mentale.

În altă ordine de idei, s-a ajuns până la a considera schizofrenia ca o extensie a termenului de nebunie, devenind chiar sinonim cu acesta. Însă termenul de *nebun* este provenit direct din limbajul Evului Mediu şi are un sens explicit de respingere, acesta fiind o persoană cu o imagine şi un comportament specifice alterităţii, asemenea străinului, şi care trebuie să fie respinsă. E. Minkowski[94] considera că schizofrenia poate fi considerată sinonimă nebuniei, dar cu precizarea că termenul de *nebun* înseamnă *nebun* şi nimic altceva, pe când cel de *schizofrenic* înseamnă susceptibil de a fi înţeles şi ajutat de noi. Prin urmare, chiar dacă există intenţia de a substitui termenul de *nebunie* cu cel de *schizofrenie*, acesta din urma are certe valenţe terapeutice.

De asemena, trebuie afirmat faptul că, în pofida punerii la punct a unor spectaculose tehnici de investigaţie, cum ar fi: Computerized Tomograpy-CT, Positron Emission Tomography-PET, Single Photon Emission Computerizzed Tomography-SPECT, Magnetic Reonance Imaging-MRI etc., şi care au condus la identificarea a numeroase aspecte semnificative în anatomopatologia şi fiziopatologia creierului bolnavilor de schizofrenie, precum şi dereglări importante în sistemele neurotransmiţătorilor, ceea ce ne îndepărtează tot mai mult de teoria etiologiei endogene a schizofreniei, abordarea psiho-socială şi psiho-terpeutică, deşi lipsită de "legitimitatea" substratului organic, rămâne credibilă şi necesară, de vreme ce nici un fel de scanare nu ne poate preciza absolut nimic cu privire la ceea ce E. Minkowski, pe filiera unei influenţe freudiene puternice, numeşte *conţinutul psihozei*[95]. Astfel, în acest plan, PET sau MRI nu poate înlocui, în nici un fel, dialogul euristic şi, în acelaşi timp, terapeutic cu bolnavul de schizofrenie, într-o formulă consacrată ca cea de analiză psihologică.

Reîntorcându-ne la ideea conform cărei conceptele nosologice prin ele însele pot avea valoare terapeutică, putem face, prin chiar acest concept, o clară distincţie în raport cu un altul, respectiv cu cel de *demenţă*. Această precizare este necesară, date fiind desele

---

[94] E. Minkowski, *La scizophrenie. Psyhopatologie des schizoides et des schizophrenes*, Paris, Payot&Rivages, 1997, p. 208.
[95] *Ibidem*, p. 190.

referiri la sindromul de schizofrenie ca îmbrăcând formele de manifestare ale unei demenţe; în acest fel, înaintea lui M. Bleuler, E. Kraepelin numea manifestările sindromului schizofrenic ca fiind o *demenţia precox.*

Trebuie subliniat faptul că noţiunea de *demenţă*, din punct de vedere clinic, înseamnă pierderea ireparabilă a capacităţilor psihice, şi are ca rezultat paralizarea, în general, a iniţiativei terapeutice.

În mod practic, în cazul schizofreniei nu avem de-a face cu demenţa autentică, ca în boala Alzhaimer, în locul acesteia avem realitatea unui proces subiacent, care se manifestă prin simptome elementare particulare. Aceste simptome, departe de a fi semnele unei distrugeri ireparabile a capacităţilor psihice, constau într-o deviaţie, într-o dereglare a acestora determinată de pierderea contactului cu realitatea. Astfel, putem afirma că schizofrenia este o maladie de *direcţie.* Noţiunea de *pierdere a contactului cu realitatea* implică ideea posibilităţii restabilirii acestui contact, fie în întregime, fie cel puţin parţial.

Abordarea terapeutică a celui care a fost diagnosticat clinic cu sindromul de schizofrenie implică faptul că în faţa noastră nu avem doar un bolnav, ci avem, mai ales, o fiinţă umană. Ca urmare, e necesar să acceptăm faptul că noi înşine ca terapeuţi facem parte din aceeaşi ambianţă în care trăieşte şi evoluează clientul-bolnavul. Prin urmare, constatând că nu avem contact efectiv cu bolnavul, nu ar trebui să încercăm să-l realizăm?

Este evident, astfel, că bolnavul trebuie privit ca un individ care se poate "VINDECA", şi care influenţează – fără ca noi să ne dăm întotdeauna foarte clar seama – întreaga noastră atitudine faţă de el, şi mai inflenţează personalul de intervenţie spitalicesc şi ambultoriu, familia, întregul anturaj, tinzând, astfel, să reducă acea forţă ostilă care este pentru bolnav realitatea, de care el se îndepărtează tot mai mult.

Noţiunea de *schizofrenie* cuprinde nu numai simptomele bolnavului, ci şi atitudinea noastră faţă de el, precum şi o indicaţie *asupra conduitei pe care trebuie s-o avem în legătură cu el, în calitate de terapeuţi.*

VII.4. Cadrul metodologic de cercetare

Cercetarea de față a fost realizată în forma unei catamneze, urmărindu-se longitudinal evoluția clinică și psiho-socială, pe baza unor măsurători standardizate și validate, a unui număr de variabile individuale psiho-sociale, cu privire la starea de sănătate psihică și de inserție socială, a unui lot de 40 de clienți, diagnosticați clinic cu sindromul de schizofrenie, și care au fost internați în clinica de psihiatrie nr. I a Spitalului Clinic și de Urgență "A. Obregia" din București.

Modificările de stare a variabilelor psiho-sociale, menționate mai sus, au fost urmărite de-a lungul catamnezei, ca urmare a aplicării unui set de intervenții de ordin psiho-social.

Lotul experimental este reprezentativ, fiind realizat pe baza diagnosticului clinic de sindrom de schizofrenie, în conformitate cu normele nosologice de clasificare internațională a bolilor psihice din D.S.M. IV T.M. și C.I.M. 10, editate de "American Psichiatric Association" (I994) și, respectiv, Organizația Mondială a Sănătății.

La lotul experimental de 40 de subiecți a fost adăugat cercetării, un lot martor de control, recrutat pe baza aceloraşi criterii clinice de clasificare nosologică, cu sindromul de schizofrenie, dintre pacienții internați în clinica de psihiatrie nr. I, a Spitalului "A. Obregia" din București, și căruia nu i-au fost aplicate setul de intervenții de ordin psiho-social. În intervalul de timp alocat cercetării experimentale, acelaşi set de măsurători de stare ale variabilelor semnificative psiho-social a fost aplicat și lotului martor.

Perioada în care a fost realizată cercetarea a fost cuprinsă pe intervalul de timp a doi ani, respectiv ianuarie 2000 – ianuarie 2002. Ea a inclus, în cazul fiecărui client din lotul experimental, asupra căruia s-au efectuat tehnicile de intervenție psiho-socială, și măsurătorile standard ale variabilelor individuale psiho-sociale, două perioade distincte. Una a fost legată de perioada internării, mai exact, de sfârșitul tratamentului clinc psihiatric, și o perioadă extramuros, în comunitate, post-spitalizare de aprox. 6-8 săptămâni. Aceasta din urmă s-a realizat imediat după externarea fiecărui client care a făcut parte din lotul experimental.

Trebuie arătat că şi lotul de control a fost urmărit tot în două etape distincte, la sfârşitul perioadei de spitalizare şi într-un interval extra-muros, post-internare, identic cu cel al lotului experimental, de 6-8 săptămâni.

Urmărirea lotului de control a constat doar în aplicarea măsurătorilor de stare a variabilelor psiho-sociale individuale, identice cu cele aplicate lotului experimental. S-a urmărit, prin aceasta, realizarea unei analize multi-variabile (multi-factoriale), pe subiecţii celor două loturi ale cercetării; lotul experimental şi lotul martor, ca urmare a aplicării setului de intervenţii psiho-sociale pe lotul experimental.

S-a putut pune în evidenţă schimbările distincte asupra unor variabile psiho-sociale, la nivelul membrilor celor două loturi de subiecţi. Aceste variabile psiho-sociale pot fi considerate ca semnificative în procesul de reintegrare psiho-socială a fiecărui subiect, cu tulburări de sindrom de schizofrenie.

VII.5. Tipuri de intervenţie psiho-socială utilizate

Plecându-se de la realitatea specifică tulburării mentale, clasificată clinic ca sindrom de schizofrenie, am considerat că pacientul-clientul este înainte de toate o fiinţă umană. Acest fapt face ca el să fie privit în dinamica vieţii lui de fiinţă socială, care din cauza stării de boală psihică se confruntă cu o serie de probleme la nivelul sistemului său de personalitate, dar şi la nivelul legăturilor sociale, la nivelul relaţiilor sale interpersonale şi în primul rând la nivelul raporturilor cu membrii propriei familii.

Am accentuat rolul legăturii bolnavului-clientului cu familia, şi pentru că, în mod obiectiv, ea reprezintă principalul sistem de suport social, pentru orice individ, susţinându-l din punct de vedere emoţional-afectiv, cât şi economic. Familia ca mijloc primar de socializare a individului, sprijină puternic formarea şi susţinerea imaginii de sine a individului uman.

Toate aceste constatări ne-au îndreptăţit să utilizăm mijloace de intervenţie psiho-socială, în favoarea clienţilor-bolnavi de sindromul de schizofrenie, care să-i includă şi pe ceilalţi membri ai familiilor acestora.

Metodele de intervenţie psiho-socială pe care le-am utilizat pe subiecţii lotului experimental au fost tehnicile terapiilor de familie. Acestea au fost prezentate în lucrarea lui N. Mitrofan, *Dragostea şi Căsătoria*[96], în capitloul intitulat: "Asistenţa şi terapia familiei", capitol redactat de I. Mitrofan, cât şi în lucrarea lui I. Mitrofan, *Cuplul conjugal – Armonie şi dizarmonie*[97].

Potrivit cu cele prezentate în lucrările sus-menţionate, modelele teoretice şi procedeele practice, în asistenţa psiho-socială a familiei, vizează demersuri de ordin curativ şi recuperatoriu, în raport cu disfuncţiile care apar în interiorul relaţiilor interpersonale dintre membrii acesteia. În această ordine de idei, cele mai importante tehnici de intervenţie psiho-socială în favoarea familiei şi a cuplului conjugal sunt reprezentate din *perspectiva conjugală* de:

a) modelul psihanalitic;
b) modelul comportamental;
c) modelul tranzacţional;
d) modelul teoriei sistemelor şi comunicării;
e) modelul eclectic.

Din *perspectiva familială*, aceste modele sunt:

a) modelul prevenţiei;
b) modelul crizei;
c) modelul recuperării.

Toate aceste modele, enumerate mai sus, impun tehnici de intervenţie la nivelul familiei, la nivelul relaţiilor interpersonale, afectate de situaţia de criză, provocată de tulburarea de sănătate mentală a unuia dintre membrii ei, diagnosticat cu sindromul de schizofrenie.

Prezentarea modelelor de intervenţie psiho-sociala familială descrisă în lucrările mai sus amintite:

Terapii conjugale

Modelul psihanalitic. Acesta se întemeiază pe realizarea unui sistem mutual-reciproc de sentimente conştiente şi inconştiente, ce decurg din experienţele familiale trecute ale fiecăruia dintre parteneri-soţi. Conflictul marital declanşat ca urmare a îmbolnăvirii

[96] Editată de Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1984.
[97] Editată de Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1989.

de sindromul schizofrenic al unuia dintre membrii este susţinut şi de aşteptările nerealiste, pe care unul sau ambii parteneri speră ca celălalt le va gratifica.

Psihanaliza abordează terapeutic tulburările afectiv-emoţionale, în relaţiile părinţi-copii, insistând asupra asumării necorespunzătoare a rolului de către părinţi, ca urmare a fixaţiilor pe imaginile arhaice ale propriilor părinţi.

Raporturile conjugale, în cazul existenţei unui copil cu sindromul de schizofrenie, sunt grav afectate, iar funcţia paralogică a cuplului parental este divizată, depinzând de un al treilea personaj.

Situaţia este alienantă pentru copil prin incapacitatea cuplului de a furniza modele de identificare pentru copil. Potrivit lui A.V. Dicks, în *Marital tensions*, relaţiile conjugale sunt un câmp de manifestare al "relaţiilor precoce cu obiectul, rezolvate sau nu", diada conjugală fiind trinivelară[98].

Aceste subnivele sunt:

1) al normelor şi valorilor culturale;

2) al eului "central" – care pune în joc conflicte conştiente între soţi şi care sunt relative la aşteptările individului;

3) al forţelor inconştiente în culplu.

Modelul psihanalitic beneficiază de tehnici individuale şi de grup aşa cum sunt cele ale lui (Ackerman, Mathieu, Papanek, Wynne, Lidz, Pincus, Dicks, Lemaire)

Modelul comportamental. Acest model de intervenţie este, în mod deosebit utilizat, de şcoala socio-psiho terapeutică americană. Punctul de plecare al acestui demers terapeutic îl constituie teoria învăţării. Astfel, se pune accent pe condiţionarea operantă, terapeutul modelând comportamentele fiecărui partener, în aşa fel, încât modelele destructive să fie înlocuite cu modele constructive.

În acest fel, se realizează un nou sistem între parteneri, pe măsură ce se schimbă comportamentele, şi se modifică şi relaţia între parteneri şi terapeut, care prin aprobarea şi dezaprobarea lui, întăreşte interacţiunea pozitivă în cadrul relaţiilor interfamiliale.

---

[98] A.V. Dicks, *Marital tensions*, London, Routgdge & Kegan, 1967, pp. 129-131.

În cadrul acestui model de intervenție se remarcă câteva noțiuni și tehnici care îl definesc. După cum urmează:

1) noțiunea de *contract*, care definește modalitatea prin care se realizează modificarea comportamentului diferiților membri ai familiei (Liberman, 1970);

2) utilizarea jocului de rol și a tehnicii afirmării de sine;

3) utilizarea procedeelor de comunicare verbală, nonverbală în special a paradoxurilor (terapia intențiilor paradoxale care are în vedere schimbarea modelelor de comunicare – Watzlawick, Erickson, Frankl, 1967);

4) tehnici de autocontrol (auto-întărire, automodificare cognitivă – Ellis, 1962);

5) terapie prin imitarea modelelor; învățarea dirijată prin imitație, utilizată de Kelly (1955) și de A. Bandura (1969)[99].

Terapiile comportamentale au în vedere refacerea întregului context al relațiilor interpersonale de la nivelul familiei, printr-un demers de revitalizare, de reântarire și de învățare.

În acest fel, terapeutul se impune ca un model, ca un personaj a cărui rol este de a întări relațiile interpersonale din interiorul grupului familial aflat într-o situație de criză, el instituindu-se într-un garant al unor relații de tip pozitiv, clare, care țin seama de nevoile reale ale fiecărui membru al respectivei familii.

Situația de criză pe care o traversează familia, ca urmare a îmbolnăvirii unuia dintre membrii ei de sindromul de schizofrenie, este depășită prin utilizarea de către terapeut a acestor metode de intervenție psiho-socială, terapeutul prezentându-se ca un negociator adult și responsabil. Liberman pune accentul îndeosebi pe câteva elemente[100]:

a) pe crearea și menținerea unei alianțe terapeutice pozitive, bazate pe empatie și căldură;

b) pe analiza problemei din punctul de vedere al teoriei comportamentului.

Toate acestea implică identificarea schimbărilor pe care fiecare membru al familiei le dorește la ceilalți, precum și a modului

---

[99] Cf. N. Mitrofan, *op. cit.*, p. 198.

[100] Cf. I. Holdevici, *Elemente de psihoterapie*, București, Ed. ALL, 1996, p. 201.

în care aceştia doresc ei înşişi să se schimbe. În acest fel se ajunge la stabilirea clară a scopurilor terapiei.

• Sunt analizaţi şi factorii de mediu, precum şi cei de ordin interpersonal, care duc la o prelungire a comportamentelor dezadaptative.

• Folosirea principiului întăririi, bazat pe recompensă, încurajare ca întăriri pozitive şi lipsa de atenţie ca întărire negativă.

• Utilizarea modelării prin ceea ce se oferă ca un exemplu de comportament dezirabil, care să influenţeze interacţiunile.

• Obiectivele sunt realizate în paşi mici, cu utilizarea unor întăriri pentru fiecare progres.

• Terapeutul trebuie să aibă o atitudine optimistă, încurajând fiecare mică schimbare pozitivă.

• Se are în vedere întărirea oricărui comportament pozitiv, stimulându-se dorinţa de schimbare şi responsabilitatea membrilor familiei.

• Se ţin evidenţe clare – jurnale – încât toţi membrii familiei să vadă când lucrurile merg în direcţia dorită.

• Sunt încurajate interacţiunile prezente – aici şi acum – jocul de rol şi repetarea comportamentelor dezirabile.

• Legătura terapeut–familie este importantă în soluţionarea problemelor de familie.

În raport cu alte tipuri de abordări, terapia comportamentală duce la stabilirea exactă a obiectivelor, la analiza funcţională pentru a determina cauzele şi efectele diferitelor interacţiuni, în recunoaşterea, deschisă, că este necesar să se stabilească sarcini pentru familie şi că fiecare persoană trebuie să facă lucrurile astfel între şedinţe, cât şi în utilizarea paşilor mici şi a întăririlor pentru a încuraja modificările de comportament în cadrul familiei.

Modelul tranzacţional. Intervenţia socio-psiho terapeutică în favoarea familiei aflată în situaţie de criză, ca urmare a îmbolnăvirii psihice a unuia dintre membrii ei, se fundamentează pe analiza legăturilor şi tranzacţiilor dintre soţi, aşa cum se realizează ele în mod concret, aici şi acum, adică în realitate. Ca urmare, terapeutul stabileşte situaţia în care subiectul acţionează în familie ca părinte,

copil şi adult, ca dimensiuni diferite ale eului, asumate în diferite momente[101]. Acţiunea terapeutului conduce la realizarea unui feed-back activ în raport cu interacţiunile membrilor familiei.

Modelul teoriei sistemelor şi al comunicării. Acesta este derivat din teoria generală a sistemelor, şi imaginează grupul familial ca pe un sistem aflat în echilibru. Ca urmare, orice dezechilibru reprezintă un disconfort, cu efecte stresante asupra membrilor acestui grup. În această situaţie, terapeutului îi revine sarcina de a controla forţele de echilibrare în orice moment al terapiei, stingând, în acest fel, orice stare de tensiune care apare.

Teoria "dublei relaţii" sau a "dublei constrângeri", elaborată de Bateson, apare ca fiind deosebit de importantă din persectiva intervenţiei-psihosociale în favoarea familiilor care se găsesc într-o siuaţie de criză, cauzată de îmbolnăvirea cu sindromul de schizofrenie, a unuia dintre membrii ei.

Distorsiunile de comunicare, care apar în această situaţie, sunt bine evidenţiate prin teoria lui Bateson, care subliniază faptul că la nivelul relaţiilor intrafamiliale, poate apărea, la un moment dat, un dublu mesaj. Acesta este de natură contradictorie, fiind lipsit de concordanţă logic-afectivă dintre comunicare şi metacomunicare, înţeleasă ca şi comunicare asupra comunicării. Fenomenul, descris mai sus, permite corecţia ipotezelor pe care le emit interlocutorii aspra codurilor, a rolurilor şi a sentimentelor lor.

Analiza proceselor de comunicare din familie sau cuplu permite analiza implicită a regulilor de funcţionare ale acestora.

Modelul terapeutic sistemic pune un accent deosebit pe relaţiile interpersonale dintre membrii familiei. Spre exemplu, pe cine domină aceste relaţii; care sunt paternurile de comunicare; tipurile de feed-back; modelele de izolare; cine este considerat "ţapul ispăşitor". Prin urmare, familia este văzută ca un sistem social în miniatură, şi, în acest caz, rolul terapeutului este să înţeleagă forţele care sunt specifice acestui sistem şi care duc la tulburări şi comportamente dezadaptative. De asemenea, terapeutul

[101] Cf. N. Mitrofan, *op. cit.*, p. 198.

trebuieşte să acţioneze în direcţia conştientizării fenomenului de excludere sau de victimizare a unuia dintre membrii familiei.

Terapeutul trebuieşte să se exprime deschis şi să arate de ce circulă mesaje cu caracter conflictual şi care sunt efectele acestor mesaje. În acest sens, jocul de rol şi dramatizare a problemelor familiei pot ajuta la clarificarea cauzelor interacţiunilor denaturate.

Orientarea sistemică din socio-psihoterapia de familie pune, în mod deosebit, accentul pe ceea ce se petrece aici şi acum (*hic et nunc*), şi subliniază rolul paternurilor de comunicare dintre membrii familiei, acordându-se mai puţină importanţă conflictelor de ordin intrapsihic. Se presupune că membrii familiei continuă discuţiile între ei şi în afara şedinţelor de terapie. O astfel de intervenţie socio-psiho terapeutică se realizează pe parcusul a maximum 12 sedinţe.

Modelul eclectic. Intervenţia socio-psiho-terapeutică în cazul familiei trebuie să se realizeze pe o bună adecvare a demersurilor terapeutice, care să răspundă efectiv la problemele generate de situaţia de criză în care acesta se găseşte. În felul acesta terapeutul, asistent social, trebuie să fie în mod succesiv obsevator participant activ, deschis sau observator pasiv, neutru al interacţiunii dintre membrii familiei.

Finalitatea demersului terapeutic psiho-social are în vedere refacerea relaţiilor interpersonale la nivel familial, prin remodelarea comportamentelor membrilor ei afectaţi de starea de boală psihică, în care se găseşte unul dintre membrii ei. Terapia familală, în funcţie de scopurile pe care şi le propune, se poate desfăşura după *trei modele*:

1) *Modelul prevenţiei.* Acesta este un model de profilaxie a tulburărilor psihice şi psiho-sociale ale familiei.

2) *Modelul crizei.* Se are în vedere faptul că în evoluţia sa familia poate parcurge o serie de stadii, crizele de dezvoltare apărând frecvent ca urmare a unor situaţii de stres iminente, de ordin extern şi intern. În cazul în care unul dintre membrii familiei se îmbolnăveşte de sindromul de schizofrenie, şi se creează prin aceasta o situaţie de criză, intervenţia terapeutică se concentrează pe

respectiva problemă, propunându-şi reducerea nivelului tensiunii în familie, prin utilizarea atât a mijloacelor socio-psihologice, cât şi a celor farmacologice.

3) *Modelul recuperării.* Abordarea aceasta îşi propune să schimbe modelele vechi dezorganizatoare sau comportamentul dezadaptativ. Au fost construite o serie de modele ale recuperării familiei, care să răspundă acestei cerinţe, după cum urmează:

a) *modelul homeostazei* al lui Satir şi Jackson, care îşi reprezintă familia ca pe un sistem ce caută să-şi menţină echilibrul. Modul de intervenţie în cazul familiei cu probleme ("bolnava"), prevede restabilirea balanţei şi permite acesteia să facă faţă unor sarcini noi şi să realizeze un nivel diferit de adaptare. Tehnica acestei metode implică învăţarea familiei să se auto-observe.

b) *modelul rezolvării conflictului a lui Minuchin*, propune o dezvoltare liberă a interacţiunilor dintre membrii familiei, cu scopul de a realiza noi abilităţi de rezolvare a problemelor. Relaţiile interpersonale sunt diagnosticate de către terapeut, el atribuind roluri noi de implicare a membrilor familiei, învăţându-i să facă faţă conflictelor cu care se confruntă; de asemenea, se are în vedere dezvoltarea de noi abilităţi pentru membrii familiei asistate, mergându-se în realizarea acestei intervenţii socio-psihoterapeutice, până la restructurarea organizării ei, utilizând tehnica "inversării de roluri";

c) *modelul activizant al lui Hale* pleacă de la premisa că schimbarea in interiorul relaţiilor familiale, poate fi obţinută prin provocarea unei crize. În acest caz, rolul terapeutului este de a ajuta familia să rezolve criza artificială în care este implicată;

d) *modelul auto-observaţiei al lui Norman Paul*, pleacă de la importanţa fenomenului de auto-observaţie realizat prin intermediul mijloacelor video. Se înregistrează acţiunea liberă, pe care terapeutul nu numai că o interpretează verbal, dar şi confruntă familia cu înregistrarea. Se consideră că îmbunătăţirea capacităţii de autoobsevare a familiei

poate determina o schimbare pozitivă a relaţiilor în sânul familiei.

Utilizarea acestor intervenţii s-a realizat în mod flexibil în funcţie de fiecare caz în parte. Informaţiile cu privire la fiecare caz în parte au fost culese, atât prin intermediul datelor din fişele personale medicale, cât şi pe baza interviului realizat pentru fiecare subiect al lotului de cercetat, precum şi ca urmare a aplicării scalelor de evaluare în faza de pretest a experimentului.

VII.6. Structura loturilor de experiment

La selecţia şi constituirea loturilor experimentului au contribuit în mod fundamental criteriile internaţionale de clasificare ale tulburărilor mentale incluse în D.S.M. IV TM, publicat de "American Psychiatric Association" în anul 1994, folosind ediţia românească, editată în anul 2000 sub patronajul "Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România".

Persoanele selectate au făcut parte dintre pacienţii internaţi în clinica de psihiatrie nr. I a Spitalului clinic şi de intervenţie "A. Obregia" din Bucureşti, în intervalul de timp alocat acestei cercetări, respectiv ianuarie 2000 - ianuarie 2002.

A fost utilizat acest mijoc de investigare, de diagnosticare şi de clasificare al tulburărilor mentale, pentru că el reprezintă instrumentul actual cel mai autorizat, atât din punctul de vedere al intervenţiei clinice psihiatrice, cât şi din punctul de vedere al demersurilor de cercetare a fenomenului de tulburare mentală, care este direct circumscris obectivelor noastre ştiinţifice, din prezenta cercetare.

Pentru ca loturile selectate la nivelul cercetării, atât cel experimental, cât şi cel de control, să fie valide şi semnificative în raport cu fenomenul de tulburare mentală, în forma sindromului de schizofrenie, ele au inclus pacienţi ce au răspuns unor criterii–variabile – de educaţie, vârstă, sex, aşa cum sunt ele consemnate în D.S.M. IV TM, în raport cu fenomenologia clinică de manifestare specifică schizofreniei. Astfel, se consideră, potrivit cu datele obţi-

nute prin observaţie statistică, că schizofrenia debutează de regulă între ultima parte a adolescenţei şi mijlocul celei de-a patra decade din viaţa omului. Debutul anterior adolescenţei este rar, cu toate că au fost întâlnite cazuri cu debut în anii copilăriei, la vârsta de 6 ani. Schizofrenia poate debuta şi mult mai târziu, sub aspectul vârstei, de exemplu, după vârsta 45 de ani.

Debutul tardiv al cazurilor de schizofrenie tinde a fi similar cu cele cu debut precoce. Este de subliniat faptul că debutul tardiv al schizofreniei, înregistrează un număr mai mare în rândul femeilor. Prognosticul bolii, în acest caz, este mai bun, existând o frecvenţă mai mare în grupul celor care sunt căsătoriţi.

Mai este de subliniat faptul că cei cu debut schizofrenic la vârsta de după 45 de ani, tabloul clinc include, mai degrabă, idei delirante paranoide şi halucinaţii, şi mai puţin simptome de dezorganizare şi de diminuare negative. De asemenea, în aceste cazuri se constată o evoluţie cronică a tulburării.

Diferenţe ale manifestării sindromului de schizofrenie în raport cu sexul celor afectaţi:

În acest sens, există diferenţe în raport cu sexul în tabloul clinic, cât şi în evoluţia de ansamblu a schizofreniei.

Datele obţinute prin observaţie clinică ne conduc la constatarea că debutul schizofreniei este mai tardiv în cazul femeilor, decât în cazul bărbaţilor. De subliniat este că simptomele afective sunt mai evidente, în timp ce prognosticul clinic al bolii este mai favorabil.

Cu toate că estimările ratei sexului în cazurile de îmbolnăvire cu sindromul de schizofrenie a fost considerat ca egal multă vreme, studiile având la bază pacienţi internaţi în spital indică un procent de schizofrenie mai mare la bărbaţi, deşi această frecvenţă nu este egală pentru toate subtipurile de schizofrenie, înregistrate în D.S.M. IV TM, aşa cum este cazul formei reziduale a schizofreniei, unde din punct de vedere statistic a fost înregistrat clinic un număr mult mai mare de femei.

Evoluția manifestării sindromului de schizofrenie în funcție de variabilele: vârstă, sex, educație:

Etatea medie la debut pentru primul episod de schizofrenie se situează între începutul şi mijocul anilor 20 de viață pentru bărbați, şi în ultima parte a anilor 20 de viață pentru femei.

Vârsta de debut poate avea atât semnificație fiziopatologică, cât şi prognostică.

Indivizii cu o etate mai mică la debut sunt cel mai adesea bărbați, şi au o adaptare premorbidă mai slabă, performantă educațională mai scăzută, semne şi simptome negative mai marcate, deteriorare cognitivă mai evidentă.

În schimb, indivizii cu debut mai tardiv sunt mai frecvent femei, au anomalii structurale celebrare sau deteriorare cognitivă mai puțin evidență, având, în final, un deznodământ mai bun.

Numeroase studii au indicat, se arăta în D.S.M. IV TM, existența unui grup de factori care sunt asociați cu un prognostic mai bun. Aceştia presupun o adaptare premorbidă bună, debutul acut, debutul mai tardiv, faptul de a fi femeie, evenimentele stresante, perturbarea afectivă asociată, durata scurtă a simptomelor fazei active, activitate interepisodică bună, simptome reziduale minime, absența anomaliilor structurale cerebrale, un istoric familial de tulburare afectivă şi nici un istoric familial de schizofrenie.

Analiza datelor epidemiologice ale schizofreniei, consemnate în D.S.M. IV TM, în funcție de manifestarea nosologică a tulburării mentale pe categorii–variabile de vârstă, sex şi educație, coroborate cu modelul de manifestare specific al tulburării mentale, clasificată pe subcategorii, precum şi în raport cu structura de conținut a intențiilor noastre terapeutice (terapii psihosociale ale familiei), structura loturilor cercetării – atât a lotului experimental, cât şi a lotului de control are următoarele caracteristici:

a) sub aspectul criteriilor nosologice au fost selectați numai pacienți internați în clinica nr. I de psihiatrie a spitalului "A. Obregia", cu diagnosticul de tulburare mentală de schizofrenie reziduală. S-a ținut cont, din motive de validitate a diagnosticului clinic, ca aceştia să mai fi avut o internare anterioară, veche de cel puțin un an în urmă, cu acelaşi diagnostic. Conform D.S.M. IV TM,

"FORMA REZIDUALĂ" este caracterizată de prezența tulburării schizofrenice, în absența unor simptome active sau a altor manifestări, care ar întruni criteriile de includere într-o altă formă patologică. Forma reziduală a schizofreniei este inclusă într-un sistem de clasificare a schizofreniei de două tipuri. Tulburarea reziduală a schizofreniei este inclusă, conform clasificării mai sus amintite, primului tip. Acesta este caracterizat prin prezența preponderentă a simptomelor pozitive, fără leziuni ale structurilor neurale vizibile la tomograful computerizat şi au un bun răspuns terapeutic, cu un prognostic relativ bun.

b) sub aspectul criteriului–variabilei sex, conform cu datele clinice, specifice acestei categorii nosologice, majoritatea este reprezentată de către femei. Ca urmare, am decis ca în cele două grupuri ale cercetării să includem numai femei.

c) sub aspectul criteriului–variabilei vârstă, aceleaşi date clinice amintite mai sus pun în evidență faptul că din punctul de vedere al vârstei de debut şi de manifestare a tulburării mentale de schizofenie reziduală, aceasta este înregistrată între 25 şi 35 de ani. Drept urmare, structura celor două loturi ale cercetării include numai subiecți femei, cuprinşi în intervalul de vârstă de 25-35 de ani.

d) sub apectul criteriului–variabilei educație, conform observațiilor clinice susținute de D.S.M. IV TM, majoritatea este reprezentată, în raport cu entitatea nosologică clasificată de aceasta – tulburarea mentală de schizofrenie reziduală –, de persoane cu studii medii şi superioare. Prin urmare, toți subiecții selectați în cele două loturi ale cercetării noastre sunt persoane cu studii medii sau superioare.

Răspunzând criteriilor mai sus menționate, subiecții loturilor cercetării noastre sunt: 1) numai femei; 2) subiecții cuprinşi în intervalul de vârstă 25-35 de ani; 3) subiecți numai cu studii medii sau superioare; 4) numai subiecți diagnosticați clinc cu tulburare mentală de schizofrenie reziduală şi care mai suferiseră o internare anterioară în spital, mai veche de cel puțin un an, cu acelaşi diagnostic.

Sub aspectul mărimii loturilor am considerat că fiecare, în mod egal, trebuie să cuprindă 40 de subiecți, selectați dintre cei

internaţi în clinica de psihiatrie nr. I a spitalului "A. Obregia" din Bucureşti, în intervalul de timp ianurie 2000 – ianuarie 2002, şi care să corespundă criteriilor clinice şi variabilelor de identificare socială enumerate mai sus.

Am considerat că mărimea de 40 de subiecţi a celor două loturi, de experimentat şi a celui martor de control, este semnificativă sub aspect metodologic.

Datele cu privire la caracteristicile clinic-nosologice, precum şi a celor de identitate socială, au fost recoltate direct, dintre pacienţii internaţi în intervalul de timp ianuarie 2000 – ianuarie 2002, în clinica de psihiatrie nr. I a spitalului "A. Obregia" din Bucureşti, pe baza fişelor clinice de observaţie ale acestora. Consultarea s-a putut realiza cu acordul pacienţilor şi cu cel al conducătorului clinicii, regretatul prof. univ. dr.Gh. Ionescu.

De asemenea, în constituirea celor două loturi ale cercetării, am selectat numai acei subiecţi care aveau familii şi adăpost, şi care şi-au dat acordul să participe la cercetarea noastră, inclusiv ceilalţi membri ai familiilor lor, în cazul subiecţilor din lotul experimental. Acelaşi acord l-am obţinut şi din partea membrilor familiilor subiecţilor din lotul martor-de control al cercetării.

În final, trebuie să subliniez faptul că am păstrat caracterul de confidenţialitate, cu privire la toate datele de identitate ale subiecţilor care au participat la această cercetare. Acest lucru l-am făcut conform cu regulile protocolului de intervenţie clinic terapeutic, cât şi în raport cu reglementările legislative din ţara noastră, cu privire la persoanele cu tulburări mentale.

VII.7. Procedee de înregistrare clinică ale schizofreniei conforme cu D.S.M. IV TM, în raport cu cele 5 subtipuri de manifestari ale schizofreniei

Codul diagnostic pentru schizofrenie este selectat pe baza subtipului corespunzător: 295.30 pentru tipul paranoid, 295.10 pentru tipul dezorganizat, 295.20 pentru tipul catatonic, 295.90 pentru tipul nediferenţiat, 295.60 pentru tipul rezidual.

Modelul Multiaxial de Înregistrare a Datelor cu Privire la Tulburările Mentale – D.S.M. şi Protocolul Examenului Psihiatric.

Examenul psihiatric este sub forma unui document scris, care face parte din fişa medicală a pacientului, sau poate constitui un document propriu-zis, în cadrul unui examen psihiatric solicitat de o instanţă medicală, expertiza capacităţii de muncă pentru stabilirea unui grad de invaliditate, sau expertiza medico-legală etc.

Protocolul – raportul de examinare psihiatrică – consemnează în scris, detaliat, toate datele clinice obtinute prin anamneză, istoricul bolii şi examenul stării actuale a pacientului.

Paşii care se parcurg, determină procesarea datelor clinice din stadiul de simptom, apoi sindrom, apoi tulburare sau spectru, până la diagnostic operaţional.

Încadrarea nosologică se face conform cu D.S.M. IV TM, pentru că el oferă un diagnostic multiaxial complex, realizat pe 5 axe diagnostice. D.S.M. IV TM îşi structurează cele 5 axe de evaluare ale pacientului în felul următor:

Axa I – sindroamele clinice (depresie, schizofrenii, tulburări de panică anxioasă etc.);

Axa II – tulburările de personalitate, retardare mintală etc.;

Axa III – orice boală somatică persistentă sau descoperită cu ocazia investigării actuale a pacientului (ex. epilepsie, boli cardiovasculare, tulburări endocrine);

Axa IV – se referă la factori psihosociali şi ambientali (evocaţi la scala Rahe-Holmes);

Axa V – se referă la evaluarea globală a funcţionării pacientului, folosind o scală cu o cotare maximală pentru performanţele superioare de 100 de puncte convenţionale şi 1 punct pentru afectarea severă a funcţionării.

Axele de Evaluare Psihosocială a Persoanelor cu Diagnostic de Tulburare de Schizofrenie Reziduală

Axele IV şi V din D.S.M. IV TM sunt cele care ne interesează în demersul de a măsura obiectiv efectele utilizării terapiei psihosociale ale Asistenţei sociale asupra clienţilor diagnosticaţi cu tulburare mentală de schizofrenie reziduală, şi care fac parte din lotul

selectat pentru cercetare, date care vor fi comparate cu cele obținute, în cazul lotului martor-de control.

Axa IV este cea care identifică problemele psihosociale şi de mediu ale pacienţilor. Ea este realizată în scopul raportării problemelor psihosociale şi de mediu, care pot afecta diagnosticul, tratamentul şi prognosticul tulburărilor mentale situate pe axele I şi II.

Problema psihosocială sau de mediu poate fi un eveniment de viaţă negativ, o dificultate sau deficienţă ambientală, un stres familial sau un alt stres interpersonal, o inadecvare a suportului social sau a resurselor personale ori alte probleme în legătură cu contextul în care au apărut dificultăţile persoanei.

Aşa-numiţii stresori pozitivi, cum ar fi promovarea în funcţie, trebuiesc să fie menţionati numai dacă constituie sau duc la o problemă, ca atunci când o persoană are dificultăţi în a se adapta la o nouă situaţie.

Pe lângă faptul de a juca un rol în iniţierea sau exacerbarea unei tulburări mentale, problemele psihosociale pot apare şi ca o consecinţă a psihopatologiei persoanei sau pot constitui probleme care să fie luate în consideraţie în planul global de tratament.

Axa IV din D.S.M. propune următoarele categorii de probleme de integrare psihosocială a bolnavilor mentali, probleme ce se constituie ca variabile de inserţie psiho-socială ale fiecărui individ:

- *probleme cu grupul de suport primar*, de ex., moartea unui membru al familiei; probleme de sănătate în familie; destrămarea familiei prin separare, divorţ sau înstrăinare; plecarea de acasă; recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic; hiperprotecţia parentală; neglijarea copilului; disciplina inadecvată; discordie cu fraţii; naşterea unui frate.
- *probleme în legătură cu mediul social*, de ex., moartea sau pierderea unui prieten; suport social inadecvat; a trăi singur; dificultăţi de aculturaţie; discriminare; adaptare la tranziţia de la o etapă la alta a vieţii;
- *probleme educaţionale*, de ex., analfabetism, probleme şcolare, neînţelegere cu profesorii sau cu colegii; mediu şcolar inadecvat;

• *probleme profesionale*, de ex., şomaj, ameninţarea cu pierderea serviciului, orar de lucru stresant, condiţii de lucru dificile, insatisfacţie profesională, schimbarea profesiei, neînţelegere cu patronul sau cu colegii de serviciu;

• *probleme cu locuinţa*, de ex., lipsa locuinţei, locuinţa necorespunzătoare, vecinatate periculoasă, neînţelegeri cu vecinii sau cu proprietarul;

• *probleme economice*, de ex.: pauperitate extremă, finanţe insuficiente, ajutor social insuficient;

• *probleme cu accesul la serviciile de asistenţă medicală*, de ex.: servicii de asistenţă medicală inadecvată, transport inaccesibil la unităţile de asistenţă medicală, asigurare medicală inadecvată;

• *probleme în legatură cu interacţiunea cu sistemul legal/penal*, de ex.: arest, inchisoare, victima a unei infracţiuni;

• *alte probleme psihosociale şi de mediu*, de ex.: expunerea la un dezastru, alte ostilităţi, neînţelegeri cu curatorii (persoanele care se ocupă de individ, dar care nu fac parte din familie, cum ar fi un avocat, asistent social sau medic, inaccesibilitatea la agenţiile de servicii sociale.

Inventarul cu probleme de inserţie socială, construit pe Axa IV din D.S.M., este în concordanţă cu setul fundamental de nevoi şi necesităţi general umane al lui A. Maslow, el reuşind prin acesta să surprindă fondul de probleme psiho-sociale cu care se confruntă persoana cu tulburări mentale, aflate în directă legătură cu setul general uman de nevoi şi necesităţi, expresie a esenţei omului.

AXA V de Evaluare Globală a Funcţionării din D.S.M. IV TM

Axa V este realizată pentru formarea unei opinii asupra nivelului global de funcţionare al individului. Această informaţie este utilă atât pentru planificarea terapiei, cât şi pentru măsurarea efectelor ei, precum şi pentru predicţia rezultatelor acesteia.

Raportarea funcţionării globale pe axa V poate fi făcută folosind *Scala de Evaluare Globală a Funcţionării* (*SEGF* – vezi *Anexa 1*).

Scala SEGF poate fi extrem de utilă în urmărirea progresului clinic şi psihosocial al indivizilor în termeni globali, utilizând o

singură măsurare. Scala este destinată numai aprecierilor referitoare la funcţionarea psihologică, socială şi profesională. În cele mai multe cazuri, aprecierile pe scala SEFG să fie făcute pe perioada curentă – adică nivelul de funcţionare la data evaluării, deoarece aprecierea funcţionării curente reflectă în general nevoile de ordin terapeutic.

Utilizarea scalei SEGF în această cercetare se va face în două etape distincte. În prima etapă, în cazul ambelor loturi ale experimentului – lotul experimental şi lotul de control – la externarea membrilor celor două loturi.

În cea de-a doua etapă, pe lotul de cercetare, pentru fiecare membru în parte, la sfârşitul intervenţiei psihosociale, iar în cazul membrilor lotului martor, într-un interval de timp similar cu cel al realizării terapiei psihosociale, în cadrul membrilor lotului experimental, şi care este de aprox 6-8 saptămâni, începând imediat după externare.

Scala SEGF se raportează pe Axa V, după cum urmează: "EFG =" urmat de estimările SEFG de la 1 la 100, apoi de perioada de timp reflectată în estimare în paranteze – de exemplu, "curentă" sau la "externare".

Pentru a realiza o evaluare corectă a incapacităţii sociale şi profesionale a membrilor grupurilor-loturilor cercetării, şi pentru a se urmări progresele în recuperare, ca urmare a aplicării terapiei psiho-sociale, pe membrii lotului experimental, am mai utilizat şi alte scale de evaluare a variabilelor de inserţie individuală de ordin psiho-social. În acest scop, în D.S.M. IV TM a fost inclus în *Anexa B*.

Scala de Evaluare a Funcţionării Sociale şi Profesionale (*SEFPS* – vezi *Anexa 1*). În acelaşi scop, am mai utilizat încă o scală de evaluare, cuprinsă în *Anexa B* a D.S.M. IV TM, numită şi *suplimentară*, respectiv *Scala de Evaluare Globală a Funcţionării Relaţionale* (*SEFGR* – vezi *Anexa 1*). Şi aceasta din urmă scală a fost utilizată multisecvenţial, respectiv în perioada de pretest şi în cea de post-test, la fel ca celelalte mijloace de măsurare aplicate, conform axelor IV şi V din D.S.M., pe membrii grupurilor–loturilor experimentului, pentru a putea fi înregistrate în mod obiectiv efec-

tele intervenţiei psihosociale asupra membrilor grupului lotului de cercetare.

Aplicarea acestor mijloace de măsurare ne-a permis să observăm şi să urmărim modificările variabilelor dependente, incluse în itemii de măsurare ai scalelor de pe axa V şi în inventarul de probleme psiho-sociale de pe axa IV a D.S.M., ca urmare a aplicării terapiilor psiho-sociale pe membrii grupului de cercetare, ăn raport cu cei ai lotului martor.

VII.8. Culegerea datelor. Mijloacele tehnice de recoltare a informaţiilor

Culegerea datelor pe cele două loturi ale experimentului s-a făcut bisecvenţial, înainte şi după aplicarea intervenţiilor socio-psiho-terapeutice, pe lotul de cercetare. Structura evaluării psiho-sociale a membrilor celor două loturi ale experimentului a fost realizată în funcţie de cele două axe de evaluare IV şi V din D.S.M. IV TM (vezi *Anexa I – Scale de evaluare*). În cazul axei IV din D.S.M., culegerea de date s-a realizat pe baza unui chestionar (vezi Axa IV – *Inventarul de probleme psihosociale şi de mediu*, şi *Anexa 1*), structurat pe cei nouă itemi – probleme ale inventarului, înregistrându-se în final numai problema considerată de către subiect ca fiind cea mai relevantă, această înregistrare făcându-se în mod distinct pentru fiecare etapă de aplicare a chestionarului.

Prin urmare, structura chestionarului coincide cu cei nouă itemi de evaluare ai inventarului de probleme psiho-sociale şi de mediu, din axa IV a D.S.M. IV TM.

Informaţiile de pe axa de apreciere V ale D.S.M. IV TM au fost culese ca urmare a realizării unor interviuri deschise, care să urmărească să răspundă itemilor de apreciere de pe scalele de măsurare respective. În cazul *Scalei de Evaluare Globală a Funcţionării Relaţionale* (*SEGFR*), culegera de informaţii s-a realizat prin intervievarea tuturor membrilor familiilor subiecţilor din loturile cercetării, urmărindu-se trei variabile de apreciere, ce sunt

integrate itemului general de "funcționare relațională", și anume: a) rezolvarea de probleme; b) organizare și c) climat afectiv.

Prin urmare, datele/informațiile de pe AXA V D.S.M. au fost culese în mod distinct, pentru fiecare subiect al cercetării, în două etape, utilizându-se trei interviuri deschise, realizate fiecare pe itemii scalelor de evaluare de pe AXA V D.S.M., respectiv: *SEGF; SEGFR; SEFPS.*

VII.9. Înregistrarea datelor

În urma culegerii datelor corespunzător mijloacelor de măsurare și cuantificare multiaxială din D.S.M. IV TM, realizată în două etape distincte, unul pretest, al doilea posttest, pe subiecții celor două loturi ale experimentului, și care, din punct de vedere clinic, fuseseră diagnosticați cu tulburare de schizofrenie reziduală, acestea au fost înregistrate în mod individual – pentru fiecare dintre subiecți, într-un formular "de raportare a evaluării multiaxiale"(vezi *Anexa 2 – Formularul de evaluare triaxială*). Acest formular include trei dintre axele modelului multiaxial din D.S.M. IV TM, și care sunt utile cercetării noastre, respectiv axele I, IV și V, din sus amintitul sistem de clasificare a tulburărilor mentale.

Datele din axa I cu referire la diagnostic au fost recoltate și apoi înregistrate direct din fișele de observație ale subiecților din cele două loturi ale experimentului, fișe ce au fost realizate în clinica de psihiatrie nr. I a spitalului "A. Obregia", din București, unde aceștia au fost internați. Axa I codifică tulburarea de schizofrenie reziduală, conform codului specific de înregistrare din D.S.M. IV TM. Drept urmare, formularul pe care l-am realizat este unul tri-axial, și include valori specifice celor trei axe cu privire la fiecare dintre subiecții celor două loturi ale experimentului.

Structura acestui formular mai include și variabilele/datele personale, de identificare socială ale fiecărui subiect, recoltate din fișele medicale individuale, sus menționate.

VII.10. Analiza datelor

Pentru lectura datelor experimentului, culese şi înregistrate în modelul triaxial pe care l-am prezentat mai sus, am folosit un model de analiză multifactorial. Acest model de analiză multifactorial ne-a permis să punem în evidenţă corelaţiile existente la nivelul informaţiilor pe care le-am recoltat, atât în funcţie de nivelulul variabilelor independente culese prin mijloacele specifice care au dus la realizarea validă a structurii loturilor experimentului, cât şi la nivelul variabilelor dependente (de experimentat, respectiv prin informaţia la itemul "probleme relevante" ale chestionarului aplicat la itemii inventarului de pe axa IV D.S.M., şi scorurile obţinute prin interviurile dechise ale scalelor de evaluare de pe axa V D.S.M., respectiv: *SEGF, SEGFR, SFPS* (vezi *Anexa 4*, tabelele 3-6).

Prin utilizarea acestui model multifactorial, am putut să pun în evidenţă dinamica variabilelor dependente obţinute prin mijloacele de recoltare a informaţiilor, ca urmare a aplicării în mod diferenţiat, numai pe membrii lotului experimental, a intervenţiilor psiho-sociale ale terapiei de famile, între cele două loturi ale catamnezei, lotul experimental şi lotul martor-de contol.

În ceea ce priveşte structura datelor de identificare socială (vezi *Anexa 4*, tabelele 1-2), ea nu s-a modificat pe perioada în care au fost aplicate instrumentele de culegere a datelor pe cele două loturi ale experimentului, pentru nici una dintre variabile: nume, stare civilă, educaţie, ocupaţie.

Structura variabilei "stare civilă", în cazul lotului experimental, a fost de 8 subiecţi necăsătoriţi, ceea ce a reprezentat 20%, din totalul lotului, şi de 32 de subiecţi căsătoriţi, ceea ce a reprezentat 80% din totalul lotului (vezi *Anexa 4*, tabelul 8).

În cazul lotului martor, aceeaşi variabilă de "stare civilă" a fost reprezentată prin 6 subiecţi necăsătoriţi, respectiv un procent 15 % din totalul lotului, şi de 34 de subiecţi căsătoriţi, respectiv un procent de 85% din totalul lotului (vezi *Anexa 4*, tabelul 8). Ca urmare, repartiţia în funcţie de variabila de "stare civilă" a subiecţilor a fost echilibrată, la nivelul celor două loturi.

Analiza variabilei "studii" a scos în evidență același echlibru de repartizare pe subiecții celor două loturi ale experimentului. Lotul experimental a avut, din totalul de 40 de subiecți, 12 cu studii superioare, adică 30 procente, iar 28 de subiecți au fost cu studii medii, adică 70 de procente din total lot. În cazul lotului martor, procentele repartizate în funcție de variabila "educație" au fost de 37,5 % subiecți cu studii superioare (15 subiecți) și de 62,5 % subiecții cu studii medii (25 de subiecți).

Același echilibru a existat și în cazul variabilei "ocupație" la nivelul celor două loturi ale experimantului (vezi *Anexa 4*, tabelul 9).

Pentru lotul experimental au fost cosemnați 18 subiecți fără ocupație (șomeri și casnice), adică 45 % din total, și 22 subiecți cu ocupație, adică 55 % din total. În cazul lotului martor-de control am înregistrat 20 de subiecți fără ocupație (șomeri și casnice), reprezentând 50 % din total lot, și 20 de subiecți cu ocupație, respectiv 50 % din totalul lotului (vezi *Anexa 4*, tabelul 10).

Datele culese prin chestionarul la inventarul "de probleme psihosociale și de mediu" (vezi *Anexa 4*, tabelul 3) de pe axa IV D.S.M. și care au fost consemnate în modelul triaxial, pe care l-am propus ca model de inventariere a datelor cercetării, în formula "problema cea mai relevantă", sunt cuprinse sintetic în tabelul 2 al cercetării. Ele pun în evidență dinamica schimbărilor și structura opțiunilor pentru tipul de probleme psiho-sociale și de mediu cu care se confruntă membrii celor două loturi ale cercetării, în cele două etape distincte ale înregistrării lor, înainte și după aplicarea terapiilor familiale la nivelul membrilor lotului experimental.

Din analiza datelor chestionarului, aplicat bisecvențial loturilor cercetării, rezultă că doar 6 probleme au fost considerate ca relevante din cele 9 incluse în inventar (vezi tabelul 2).

Aceste probleme cele mai relevante sunt:

a) probleme cu grupul de suport primar;
b) probleme în legătură cu mediul social;
c) probleme profesionale;
e) probleme cu locuința;
d) probleme în legatură cu interacțiunea cu sistemul legal/ penal.

Analizând datele (vezi *Anexa 4*, tabelul 11) am observat că în etapa 1 – pretest la lotul experimental, procentual cea mai importantă problema a fost cea profesională, reprezentând 42,5 % (17 subiecți) din totalul acestui lot, în timp ce pentru membrii lotului martor, la nivelul aceleiași etape, problema cea mai relevantă a fost înregistrată cea economică, reprezentând 50 % (20 de subiecți) din totalul lotului.

Ca urmare, plecând de la stări clinice asemănătoare, în prima zi după externare, membrii celor doua loturi identificau în problemele profesionale și în cele economice, probleme exterioare, interacțiuni directe familiale, cauzele cele mai presante ale problemelor lor. În cea de a doua etapă de înregistrare a datelor chestionarului – post-test, rezultatele au fost schimbate în raport cu prima etapa, în ceea ce privește lotul martor. Astfel, dacă la primul lot, cel experimental ele au ramas relativ aceleași, respectiv 50% (20 de subiecți) probleme economice, prin urmare problemele exterioare interacțiunii directe cu familia, în cazul lotului martor de control, au fost dominate de tensiunile cu grupul de suport primar – familia, respectiv 70% (28 de subiecți) din totalul lotului.

Ca rezultat al aplicării terapiilor familiale, ponderea factorilor afectivi-emoționali, determinați de interacțiunea cu familia, a înregistrat o scădere în cazul lotului experimental, de la 5% în prima etapă de înregistrare, la 0% în cea de a doua. În timp ce, la nivelul lotului martor acest procentaj s-a modificat negativ între cele două etape ale înregistrării, în sensul creșterii ponderii problemei cu grupul primar – familia, de la 2,5% în etapa pretest, la 70% din total lot, în etapa post-test.

Indicele de variație, pentru probleme cu grupul de suport primar – familia, s-a modificat din totalul problemelor înregistrate în cazul lotului experimental, din etapa 1 de la 0,05 la indice 0, în cea de – a doua etapă.

Nu același lucru s-a întâmplat și în cazul lotului martor de control, căruia nu i s-a aplicat pentru membrii săi terapii familiale, așa încât indicele, în funcție de problemele înregistrate de chestionar, a crescut de la 0, în prima etapă, la 0,70 în a doua etapă.

Datele culese cu ajutorul interviurilor scalelor de evaluare de pe axa V din D.S.M. IV TM și înregistrate în modelul triaxial pe care l-am propus în lucrare pe axa definită V, au urmărit să observe

variațiile de valoare la scorurile obținute bisecvențial în cazul celor două loturi de cercetare. În cazul *Scalei de Evaluare Globală a Funcționării* (*SEFG*) (vezi *Anexa 4*, tabelele 6 și 12) interviul a cules informații despre dimensiunea (variabila) funcționării psihologice, sociale și profesionale a membrilor loturilor cercetării pe un continuum ipotetic de sănătate – maladie mentală. În urma analizei acestor scoruri obținute, au fost puse în evidență diferențe semnificative de valoare la nivelul celor două loturi, în raport cu etapele de înregistrare.

De asemenea, au fost înregistrate variații în raport cu indicii scorului total al interviului între cele două loturi, lotul experimental și lotul martor.

Lectura acestor variații-diferențe, pune în evidență faptul că intervenția de terapie familială a provocat modificări la nivelul acestei variabile (*SEGF*). Modificarea de valoare a variabilei *SEFG* (vezi *Anexa 4*, tabelul 12), în cazul lotului de cercetare între cele două etape a fost cuprinsă între indice 0,53 și indice 0,77, din valoarea totală a scorurilor scalei.

Media obținută, în acest caz a lotului I experimental, a fost în etapa 1 pretest de 52,75 și în etapa 2 de 77,1. S-a înregistrat un indice de covariație de + 0,26 între etapa 2 și etapa 1 (vezi *Anexa 4*, tabelul 7), ceea ce înseamnă o creștere a punctajului pe *Scala de Evaluare Globală a Funcționării*, între cele două etape de măsurare, ca urmare a aplicării la nivelul lotului experimental a terapiilor de familie.

În cazul celui de-al doilea lot, modificările variabilei de la nivelul *Scalei de Evaluare Globală a Funcționării*, între etapa de măsurare 1 și 2, a înregistrat un indice negativ de -0,06, în raport cu indicii de evaluare dintre cea de-a doua și prima etapă (vezi *Anexa 4*, tabelul 12).

Astfel, în etapa 1, indicile scorului din totalul *Scalei Globale de Funcționare* (*EFG*) a fost de 0,53, în timp ce indicele scorului obținut din valoarea totală a scalei *EFG* pe acest lot a fost de 0,49 (vezi *Anexa 4*, tabelul 12).

Acești indicatori obținuți la nivelul lotului martor, în raport cu *Scala Globală de Evaluare a Funcționării*, scot în evidență faptul că neaplicarea terapiei de familie a condus la o diminuare a activității de

funcționare a acestei variabile, reprezentată în funcționarea psihologică, socială și profesională a membrilor lotului respectiv.

Diferența de covariație, între lotul I și lotul II (vezi *Anexa 4*, tabelul 7), la nivelul etapei a doua post-test este de +0,30 în favoarea lotului experimental.

Putem trage concluzia că îmbunătățirea scorurilor la etapa a 2-a, în cazul lotului experimental, în raport cu variabila *Scalei de Evaluare Globală a Funcționării* (*EFG*) – de funcționare psihologică și profesională, în comparație cu scorurile obținute la aceeași scală de evaluare de către lotul martor, se datorează efectelor pozitive ale intervenției psihosociale ale terapiei de familie.

În ceea ce privește scorurile obținute cu ajutorul interviului pentru *Scala de Evaluare Globală a Funcționării Relaționale* (*SEGFR*) (vezi *Anexa 3*, fișele de înregistrare – model triaxial, și *Anexa 4*, tabelele 4 și 12), ele au evidențiat variații, pentru variabila de măsurat *SEGFR*, la nivelul celor două loturi de cercetare, în raport cu etapele măsurării și înregistrării.

Spre deosebire de celelalte scale de evaluare *SEGF* și *SEFPS*, care înregistrează valori de evaluare individuală, *SEGFR* înregistrează valori de evaluare la nivelul grupului familial. Evaluarea de la nivelul acestei scale include trei dimensiuni specifice realității grupului familial și anume: rezolvarea de probleme, organizarea și climatul afectiv (vezi tabelul cu *Scala de Evaluare Globală a Funcționării Relaționale*).

Analiza scorurilor obținute pentru cele două loturi la *Scala de Evaluare Globală a Funcționării Relaționale* (vezi *Anexa 4*, tabelul 12) a pus în evidență medii apropiate, respectiv de 53,12 pentru lotul I și 54,52 pentru Lotul II. Indicele de varianță, pentru lotul I din totalul scorului *Scalei de Evaluare* a fost de 0,53 în timp ce indicele de varianță, din totalul scorului *Scalei de Evaluare SEGFR* a fost de 0,55. În schimb, în etapa a 2-a posttest, mediile obținute de către cele două loturi, au fost diferite în mod semnificativ, respectiv o medie de 79,07 pentru lotul experimental și o medie de 49,7 pentru lotul martor (vezi tabelul 4). Sub aspectul indicilor de varianță, în raport cu indicele total de puncte al *Scalei SEGFR*, pentru lotul I, la etapa a 2-a, a fost înregistrat un indice de 0,79, în timp ce pentru lotul II – martor, la nivelul aceleeași etape, a fost înregistrat un indice de 0,49. Indicele de covarianță (vezi *Anexa 4*,

tabelul 7) este de +0,30 în favoarea lotului I experimental, în raport cu lotul II – martor, la nivelul etapei a doua post test.

Acest indicator de covarianță de +0,30 între cele două loturi, la nivelul etapei 2, pune în evidență faptul că aplicarea terapiilor de familie, în cazul lotului experimental, a condus la o creştere semnificativă a indicatorilor de stare, specifice Scalei de Evaluare Globală a Funcționării Relaționale.

Analiza scorurilor (vezi *Anexa 4,* tabelul 4) a înregistrat o creştere de la etapa 1 la etapa 2, pentru toți subiecții lotului experimental, în timp ce în cazul lotului II, creşterea scorurilor la *SEGFR*, a fost consemnată doar în 5 cazuri.

În final, datele culese cu ajutorul interviului pentru *Scala de Evaluare a Funcționării Sociale şi Profesionale* (vezi *Anexa 4*, tabelul 5) au evidențiat valori diferite în funcție de variabila exprimată de *SEFPS* la nivelul loturilor experimentului în raport cu etapele de măsurare, înregistrare.

În acest fel, pentru lotul experimental la etapa 1 scorul exprimat de *SEFPS* (vezi *Anexa 4*, tabelul. 12) a fost reprezentat de o medie de 52,70, în timp ce scorul pentru aceeaşi variabilă la lotul II – martor pentru etapa 1 – pretest a fost exprimat într-o medie de 52,20.

Prin urmare, raportându-ne la indicii de evaluare la cele două loturi la nivelul primei etape, valorile exprimate la nivelul indicilor de variabilitate în raport cu scorul total al scalei erau de 0,52 pentru lotul experimental şi 0,52 pentru lotul martor. Prin urmare, era vorba de un echilibru valoric la nivelul scorurilor pentru etapa 1 pretest. Etapa a doua – posttest, etapă ce exprimă valori ale scalei *SEFPS* în urma aplicării terapiei de familie asupra lotului experimental, valorile medii erau semnificativ diferite.

Pentru lotul I experimental media punctajului, în funcție de variabila exprimată de *SEFPS*, a fost de 67,30, în timp ce media pentru lotul martor, în raport cu valorile exprimate de *SEFPS*, era de 48,62.

Indicele de varianță, pentru lotul I etapa 2, a fost prin urmare de 0,67, în timp ce acelaşi indice, pentru etapa 2, la nivelul lotului II – martor, a fost de 0,49. S-a înregistrat o creştere la nivelul indicelui de covarianță de +0,18 (vezi *Anexa 4*, tabelul 12) a valorilor indi-

celui lotului experimental, în raport cu cele ale indicelui lotului martor.

Indicele de covariaţie la nivelul lotului I, între etapa 2 si etapa 1, prin aplicarea interviului la *SEFPS* (vezi *Anexa 4*, tabelul 7), a fost de +0,14 în timp ce indicele de covarianţă, între etapa 2 şi etapa 1 la lotul martor, a fost de -0,03.

Toate aceste date reliefează aportul deosebit al intervenţiei psihosociale a terapiei de familie în cazul lotului experimental privind îmbunătăţirea valorilor de funcţionare socială şi profesională a membrilor acestui lot.

VII.11. Concluzii

Opţiunea fundamentală a Asistenţei Sociale de a interveni în favoarea clientului aflat în dificultate este o opţiune majoră, mai cu seamă, când o face respectându-i demnitatea umană şi ajutându-l, pe acesta, să se reintegreze în spaţiul de viaţă normală, prin refacera legăturilor cu grupurile de apartenenţă ale acestuia, aşa cum sunt: familia; grupul de prieteni; grupul de muncă.

În acest sens, Legea Asistenţei Socale nr.705, din 2001 (lege publicată în *Monitorul Oficial*, 18 decembrie 2001), stipulează în secţiunea a 2-a, art. 22 că: "Serviciile de îngrijire social-medicală sunt acordate persoanelor care, fără acestea temporar sau permanent, datorită unor afecţiuni fizice, psihice, mentale sau senzoriale, se află în imposibilitatea desfăşurării unei vieţi demne, precum şi persoanelor care suferă de boli incurabile în ultima fază".

Pentru ca acest obiectiv să poată fi realizat, în mod necesar este nevoie de un personal specializat în domeniul intervenţiei psiho-sociale, în favoarea persoanelor aflate în dificultate, ca urmare a efectelor negative ale tulburărilor mentale.

Existenţa, în sistemul de învăţământ universitar, a secţiilor de Asistenţă socială, atât în forma de lungă durată – de 4 ani –, cât şi de scurtă durată – de 3 ani –, precum şi existenţa formelor de studii universitare aprofundate – masterat şi doctorat –, permit formarea unui personal înalt calificat în acest domeniu. Intervenţia asistentului social, în favoarea clientului său diagnosticat clinic cu tulbu-

rare mentală, nu se realizează separat, în afara unei colaborări cu alți specialiști, la fel de importanți în demersul de îmbunătățire a situației psihice și sociale ale acestuia, așa cum este medicul psihiatru, asistentul medical speciaist în domeniul psihiatriei, psihologul sau sociologul.

Cercetarea, pe care am realizat-o, nu ar fi avut rezultatele care au fost obținute, ca urmare a aplicării de terapii de familie pe membrii lotului experimental, diagnosticați cu tulburare de schizofrenie reziduală, dacă în ambulatoriu aceștia nu ar fi continuat tratamentul de întreținere chimioterapeutic cu psiholeptice.

Datele obținute în urma realizării catamnezei, în forma unui experiment, prin aplicarea pe lotul experimental, diagnosticat, la nivelul membrilor lui, cu tulburare de schizofrenie reziduală, a terapiilor de familie, confirmă ipotezele cercetării, conform cărora, acest tip de intrevenție psiho-socială a asistenței sociale, cu asistenți sociali calificați în acest domeniu, joacă un rol complementar și suportiv în efortul de reinserție socială a clienților cu probleme de sănătate mentală.

Experimentul a confirmat ideea de la nivelul ipotezelor de cercetare, conform căreia intervenția în favoarea clientului afectat de problemele generate de tulburarea mentală, trebuie realizată din perspectiva legăturilor sale cu lumea reală, și în primul rând cu familia.

În cazul lotului martor, unde intervenția terapeutică nu a fost realizată, datele obținute au arătat o deteriorare generală a situației psihice și sociale a subiecților, mai ales, în ceea ce privește legăturile acestora cu propriile lor familii.

De asemenea, s-a putut pune în evidență faptul că deteriorarea raporturilor cu familia, în cazul membrilor lotului martor-de control, ca urmare a neaplicării de terapii de familie, a condus la realizarea unor răspunsuri, social-adaptative, mult inferioare lotului de experimentat.

Prin urmare, familia, ca grup de suport primar, are un rol decisiv în susținerea psihologică, socială și economică a oricărui individ uman, în general, și mai cu seamă, în cazul unei persoane cu probleme de sănătate psihică.

Viziunea integrativ-holistă a asistenței sociale, strategia ei de intervenție prin care individul aflat în dificultate este privit în

sistemul de relaţii semnificative din punct de vedere psihosocial, are ca efect principal reinserţia într-un spaţiu de viaţă autentic, real.

Aceste strategii ale asistenţei sociale repun în drepturile sale individul, făcând posibilă satisfacerea setului său de trebuinţe şi de necesităţi, expresii ale esenţei sale umane, prin refacerea legăturilor cu comunitatea. Prin urmare, acestea sunt motivele pentru care, astăzi, asistăm la un accentuat proces de despitalizare a persoanelor cu tulburări mentale, la un demers de redefinire a actului psihoterapeutic şi, nu în ultimul rând, la un efort de reântoarcere în comunitate a acestor persoane. Acestea sunt demersuri psihosociale la care a aderat şi Asistenţa Socială şi care au condus la realizarea a ceea ce Carl Rogers a denumit a fi "Revoluţia Liniştită". Printr-o astfel de schimbare a raporturilor dintre agenţii socio-medicali (psihatru, asistent social, psiholog, sociolog etc.) şi persoanele cu tulburări mentale, tocmai prin redefinirea acestor relaţii, considerându-se că bolnavul psihic nu este "străinul" freudian sau "celălalt" – exclusul lacanian, ci este o fiinţă umană cu nevoi, trebuinţe şi care trebuie privit cu demnitate, ca oricare altă fiinţă umană.

De asemenea, aceleaşi strategii de intervenţie ale asistenţei sociale pun în valoare potenţialul terapeutic al comunităţii, respectiv al familiei, grupului de prieteni şi grupului de muncă, în refacerea potenţialului psihic, social al persoanei cu tulburări mentale.

Pentru a asigura cadrul instituţional de intervenţie al asistenţei sociale în favoarea clienţilor cu tulburări mentale este nevoie, pe de o parte, de o recunoaştere generală a competenţelor acesteia, iar pe de altă parte, de o orientare mai clară, în spaţiul organizaţional către acest tip de intervenţie.

Despitalizarea persoanelor cu tulburări mentale reprezintă o direcţie esenţială de acţiune a asistenţei sociale, încât prin capacităţile terapeutice pe care le are comunitatea, aceste persoane să se poată bucura de firescul vieţii obişnuite.

Nici una dintre ştiinţele socioumanului (psihiatria, psihologia, sociologia, etc.), nu-şi poate asuma ambiţia de a fi o reprezentare (teorie) generală despre om. Acesta este motivul pentru care intervenţia în favoarea omului aflat într-o situaţie limită (în dificultate) aşa cum este schizofrenicul, se poate desfăşura mult mai bine (eficient), sub umbrela mai puţin orgolioasă, din perspectiva discursului teoretic, şi anume cea a asistenţei sociale.

Această egidă, într-un fel neutră (dar nu indiferentă) a asistenței sociale are înțelepciunea să asambleze toate instrumentele care pot contribui eficient la îndepărtarea deriziunii consecințelor tulburării mintale, a sciziunii schizofrenice a insului uman în celălalt, repunându-l (recuperându-l) într-un climat de normalitate pentru sine, cât şi pentru cei apropiaţi lui (familia, comunitatea). Cred că gestiunea asupra resurselor necesare înfăptuirii în realitate a "Revoluției Liniştite" se află la îndemâna asistentului social, în aşa fel încât celălalt, bolnavul psihic, să îşi împlinească condiția sa fundamentală de om, ridicând în acest fel barierele cercului vicios pe care le-a avut reprezentarea imaginii despre bolnavul mintal (nebunie) în mentalul colectiv, în societatea occidentală în ultimele sute de ani.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ANEXA 1

Scalele de Evaluare Psiho-socială de pe axa V a D.S.M. IV TM, realizate în cazul persoanelor dignosticate cu tulburare de schizofrenie reziduală

Scala de Evaluare Globală a Funcționării (SEGF)

Funcționarea psihologică, socială și profesională se consideră pe un continuum ipotetic de sănătate – maladie mentală.

Notă: se vor utiliza coduri intermediare, când sunt corespunzătoare, de ex., 45, 62, 72

COD

91 Funcționarea superioară într-un larg domeniu de activități, problemele de viață nu par a fi scăpat vreodată din mână, este căutat de alții pentru multele sale calități. Nici un simptom.

90 – 81 Simptome absente sau minime (de ex., anxietate ușoară), bună funcționare în toate domeniile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, satisfăcut în general în viață, nu mai mult decât probleme sau preocupări cotidiene (de ex., o ceartă ocazională în familie).

80 – 71 Dacă sunt prezente simptome, acestea sunt reacții expectabile și tranzitorii la stresori psihosociali (de ex., dificultăți în concentrare după o ceartă în familie); nu mai mult decât o ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau școlară (de ex., rămânerea în urmă, temporară, în activitatea școlară).

70 – 61 Câteva simptome ușoare (de ex., dispoziție depresivă și insomnie ușoară) sau unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară (de ex., chiulul ocazional ori furt din casă) dar în general, funcționarea este destul de bună, are câteva relații interpersonale semnificative.

60 – 51 Simptome moderate (de ex., afect plat și limbaj circumstanțial, atacuri de panică ocazionale, ori dificultăți moderate în funcționarea socială, profesională sau școlară (de ex. puțini prieteni, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii).

50 – 41 Simptome severe (de ex., ideaţie suicidară, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine), ori deteriorare severă în funcţionarea socială, profesională sau şcolară (de ex., nici un fel de prieteni, incapabili să menţină un serviciu);

40 – 31 O oarecare deteriorare a simţului critic (reality testing) sau în comunicare (de ex., limbajul este ilogic, obscur sau irelevant), ori deteriorare majoră în multe domenii, cum ar fi serviciul sau şcoala, relaţiile de familie, judecata, gândirea sau dispoziţia; (de ex., omul depresiv evită prietenii, îşi neglijează familia, este incapabil să muncească; copilul bate copii mai mici ca el, este sfidător în casă, lipseşte de la şcoală);

30 – 21 Comportamentul este considerabil influenţat de idei delirante sau de halucinaţii. Ori există o serioasă deteriorare în comunicare sau în judecatî (de ex., uneori este incoerent, acţionează în mod flagrant inadecvat, are preocupări suicidare), ori este incapabil să funcţioneze în toate domeniile (de ex., stă în pat toată ziua, nu are serviciu, locuinţă sau prieteni);

20 – 11 Un oarecare pericol de a se vătăma pe sine sau pe alţii (de ex., tentative de suicid fără urmărirea clară a morţii, frecvent violent, excitaţie maniacală), ori ocazional incapabil să menţină un minim de igienă personală (de ex., miroase fecale); ori deteriorare flagrantă în comunicare (de ex., extrem de incoerent sau mut);

10 – 1 Pericol persistent de vătămare severă a sa sau a altora (de ex. violenţa recurentă); ori incapacitatea de a menţine o igienă personală minimă ; ori act suicidar sever cu dorinţa clară de a muri;

0 – Informaţie inadecvată

Scala de Evaluare a Funcționării Sociale și Profesionale (SEFPS)

SEFS este o scală nouă, care diferă de Scala de Evaluare Globală a Funcționării (EFA) prin aceea că ea se centrează exclusiv pe nivelul funcționării sociale și profesionale a individului și nu este influențată direct de severitatea globală a simptomelor psihologice ale individului.

De asemenea, în contrast cu scala EGF, orice deteriorare în funcționarea socială și profesională, care este datorată condițiilor medicale generale, este luată în considerație în efectuarea evaluării SEFSP. SEFSP este utilizată de regulă la evaluarea activității în perioada curentă (adică nivelul de funcționare din timpul evaluării).

De asemenea, SEFSP poate fi utilizată la evaluarea activității din alte perioade de timp. De exemplu, pentru anumite scopuri poate fi utilă evaluarea activității din cursul anului trecut (adică, cel mai înalt nivel de funcționare pentru cel puțin câteva luni din cursul anului trecut).

Se consideră funcționarea socială și profesională pe un continuum de la funcționarea excelentă la funcționarea deteriorată grosier. Include deteriorările în funcționare datorate limitelor fizice, precum și pe cele datorate deteriorărilor mentale.

Pentru a fi luată în considerație, deteriorarea trebuie să fie consecința directă a unor probleme de sănătate mentală sau somatică; nu sunt luate în considerație efectele lipsei de oportunități sau alte limitări ambientale.5

100 Funcționare superioară într-o gamă de activități
91

90 Funcționare bună în toate domeniile, eficient și social
81

80 Nu mai mult decât o ușoară deteriorare în funcționarea socială,
71 profesională sau școlară (de ex., conflicte interpersonale rare, temporar rămânere în urmă în activitatea școlară)

70 Unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară, dar
61 în general funcționează bine, are câteva relații interpersonale semnificative

60 Dificultatea moderată în funcționarea socială, profesională sau școlară
51 (de ex., puțini amici, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii).

50 Deteriorarea severă în activitatea socială, profesională sau şcolară
41 (de ex., nici un fel de amici, incapabil să ţină un serviciu).

40 Deteriorarea majoră în diverse domenii, cum ar fi serviciul sau şcoala,
31 relaţiile de familie (de ex., omul depresiv evită amicii, neglijează familia şi este incapabil să lucreze; copilul bate de regulă alţi copii mai mici, acasă este sfidător şi absenteză de la şcoală).

30 Incapacitatea de a funcţiona în aproape toate domeniile (de ex., stă în
21 pat toată ziua, nu are serviciu, casă sau amici).

20 Ocazional este incapabil să menţină un minim de igienă personală, este
11 incapabil să funcţioneze independent.

10 Incapacitate persistentă de a menţine igienă personală minimă.
1 Incapabil să funcţioneze fără să-şi prejudicieze sieşi sau altora ori fără un suport extern considerabil (de ex., îngrijirea şi supraveghere).

0 Informaţia inadecvată

Scala de Evaluare Globală a Funcţionării Relaţionale (SEGFR)

Instrucţiuni. Scala EGFR poate fi utilizată pentru a indica o apreciere globală a funcţionării unei familii sau a altei relaţii prezente, pe un continuum ipotetic, mergând de la o funcţionare relaţională optimă la o relaţie disfuncţională, ruptă.

Ea este similară axei V (Scala de Evaluare Globală a Funcţionării) pentru indivizi în D.S.M. IV. Scala EGFR permite clinicianului să aprecieze gradul la care o familie sau altă unitate relaţională prezentă satisface necesităţile afective sau instrumentale ale membrilor ei în următoarele domenii:

Rezolvarea de probleme – aptitudini în negocierea scopurilor, regulilor şi rutinelor; adaptabilitatea la stres; aptitudini de comunicare; capacitatea de a rezolva conflictul;

Organizare – menţinerea rolurilor interpersonale şi a limitelor subsistemului; funcţionarea ierarhică; coaliţiile şi distribuţia puterii, controlului şi responsabilităţii;

Climat afectiv – tonul şi gama sentimentelor; calitatea atenţiei, empatiei, implicării şi ataşamentului/obligaţiei; împărtăşirea valorilor; reactivitatea afectivă respect şi consideraţie reciprocă; calitatea funcţionării sexuale.

În cele mai multe cazuri, scala EGFR trebuie utilizată pentru a evalua activitatea în cursul perioadei curente (adică, nivelul de funcţionare relaţională în timpul evaluării).

În unele situaţii, scala EGFR poate fi utilizată, de asemenea, pentru a evalua funcţionarea şi în alte perioade de timp (adică, cel mai înalt nivel de funcţionare relaţională pentru cel puţin câteva luni în cursul anului trecut).

Total 81 – 100: *Unitatea relaţională funcţionează satisfăcător, după cum rezultă din autorelatarea participanţilor şi din perspectiva observatorilor.*

Se acceptă că există patternuri sau rutine care ajută la satisfacerea necesităţilor comune ale fiecărei familii sau membru al cuplului; există flexibilitate la schimbare, ca răspuns la cereri sau evenimente insolite, iar conflictele ocazionale şi tranzacţiile stresante sunt rezolvate prin comunicare şi negociere, care soluţionează problema.

Există o înţelegere şi un acord împărtăşit în legătură cu rolurile şi sarcinile adecvate, luarea deciziilor este stabilită pentru fiecare domeniu funcţional şi există o recunoaştere a caracteristicilor singulare şi a valorii fiecărui subsistem (de ex., părinţi/soţi, fraţi şi alţi indivizi).

Există o atmosferă optimistă, corespunzătoare situaţional în familie; o gamă largă de sentimente este exprimată şi reglată în familie, şi există o atmosferă generală de căldură, de tandreţe şi de împărtăşire a valorilor între toţi membrii familiei. Relaţiile sexuale ale membrilor adulţi sunt satisfăcătoare.

Total 61 – 80: *Funcţionarea unităţii relaţionare este într-o anumită măsură insatisfăcătoare. După o perioadă de timp, multe, dar nu toate dificultăţile sunt rezolvate fără acuze.*

Rutinele cotidiene sunt prezente, dar există oarecare suferinţă şi dificultate în a răspunde la insolit. Unele conflicte rămân nerezolvate, dar nu destramă funcţionarea familiei.

Luarea deciziilor este de regulă competentă, dar eforturile controlului unuia de către altul sunt foarte adesea mai mari decât este necesar sau sunt ineficiente. Indivizii şi relaţiile sunt clar demarcate, dar uneori un sistem specific este depreciat sau făcut ţap ispăşitor.

Este exprimată o gamă de sentimente, dar cazurile de blocare emoțională sau de tensiune sunt evidente. Căldura și tandrețea sunt prezente, dar alterate de iritabilitatea și frustrările membrilor familiei. Activitatea sexuală a membrilor familiei poate fi redusă sau problematică.

Total 41 – 60: Unitatea relațională are ocazional, perioade de funcționare satisfăcătoare și competență împreună, însă relațiile clar disfuncționale, nesatisfăcătoare, tind să predomine.

Comunicarea este frecvent inhibată de conflictele nerezolvate care interferează adesea cu rutinele cotidiene; există o dificultate semnificativă în adaptarea la stresul familial și schimbarea tradițională.

Luarea deciziilor este numai intermitent competentă și eficientă de aceste dăți este evidentă, fie rigiditatea excesivă, fie lipsa semnificativă de structurare. Necesitățile individului sunt foarte adesea filtrate de un partener sau de o coaliție.

Supărarea sau mânia ineficientă ori insensibilitatea emoțională interferează cu satisfacția familiară. Deși există o oarecare căldură și suport pentru membrii familiei, acesta din urmă este inegal distribuit. Dificultăți sexuale jenante între adulți sunt adesea prezente.

Total 21 – 40: Unitatea relațională este clar și serios disfuncțională; formele și perioadele de timp de relaționare satisfăcătoare sunt rare.

Rutinele familiale/cuplului nu satisfac necesitățile membrilor, ele fiind respectate cu strictețe sau ignorate cu nonșalanță.

Modificările ciclului de viață, cum ar fi de exemplu, plecările sau intrările într-o unitate relațională, generează conflicte și eșecuri evident frustrante în rezolvarea de probleme.

Luarea deciziilor este tiranică sau foarte ineficace. Caracteristicile singulare ale indivizilor sunt subapreciate sau ignorate fie de coaliții rigide, fie fluid confuze.

Există rare perioade de plăcere de viață împreună; distanțarea frecventă sau ostilitatea deschisă reflectă conflicte semnificative care rămân nerezolvate și sunt foarte supărătoare. Disfuncția sexuală dintre membrii adulți este loc comun.

Total 1 – 20: Unitatea relațională a devenit prea disfuncțională pentru a reține continuitatea contactului și atașamentului.

Rutinele familiei/cuplului sunt neglijate (de ex., nu există ore de masă, orar de somn sau de vigilitate); membrii familiei nu știu unii de alții unde sunt, ori când vor fi acasă sau plecați; există puțină comunicare eficientă între membrii familiei.

Membrii familiei/cuplului nu sunt organizaţi de aşa manieră încât responsabilitatea personală sau generală să fie recunoscute. Limitele unităţii relaţionale ca întreg şi ca subsistem nu pot fi identificate. Membrii familiei sunt periclitaţi sau vătămaţi ori atacaţi sexual.

Disperarea şi cinismul sunt pervasive; există puţină atenţie pentru necesităţile emoţionale ale altora; nu există aproape nici un sentiment de ataşament, obligaţie sau interes al unuia pentru bunăstarea celuilalt.

0: Informaţie inexistentă

Chestionar probleme psihosociale şi de mediu

Probleme cu grupul de suport primar – de ex., moartea unui membru al familiei; probleme de sănătate în familie; destrămarea familiei prin separare, divorţ sau înstrăinare; plecarea de acasă; recăsătorirea unui parinte; abuzul sexual sau fizic; hiperprotecţia parentală; neglijarea copilului; disciplina inadecvată; discordie cu fraţii; naşterea unui frate;

Probleme în legătura cu mediul social – de ex., moartea sau pierderea unui amic; suport social inadecvat; a trăi singur; dificultăţi de aculturaţie; discriminare; adaptarea la tranziţia la altă etapă de viaţă (cum ar fi pensionarea);

Probleme educaţionale – de ex., analfabetismul, probleme şcolare, neînţelegere cu profesorii sau colegii; mediul şcolar inadecvat;

Probleme profesionale – de ex., şomaj; ameninţarea cu pierderea serviciului; orar de lucru stresant; condiţii de lucru dificile; insatisfacţie profesională; schimbarea profesiei; neîntelegere cu patronul sau cu colegii de serviciu;

Probleme cu locuinţa – de ex., lipsa locuinţei; locuinţă necorespunzătoare; vecinătate periculoasă; neînţelegeri cu vecinii sau cu proprietarul;

Probleme economice – de ex., pauperitate extremă; finanţe insuficiente; ajutor social insuficient;

Probleme cu accesul la serviciile de asistenţă medicală – de ex., servicii de asistenţă medicală inadecvată; transport inaccesibil la unităţile de asistenţă medicală; asigurare de sănătate inadecvată;

Probleme în legatură cu interacțiunea cu sistemul legal/penal – de ex., arest; închisoare; litigiu; victima unei infracțiuni;

Alte probleme psihosociale și de mediu – de ex., expunerea la un dezastru; război; alte ostilități; neînțelegere cu curatorii (persoanele care se ocupă de individ), dar care nu fac parte din familie cum ar fi un avocat, asistent social sau medic, etc.

Se vor parcurge toți itemii (problemele) indicați de chestionar și va fi consemnat acel item – problema, considerat cel mai edificatoriu în formularul triaxial pe Axa IV "Probleme psihosociale și de mediu".

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ANEXA 2

Formular de înregistrare şi de evaluare tri-axial al subiecţilor incluşi în cercetare

Nume subiect--------Vârsta--------Stare civilă---------Studii-------Ocupaţie------

AXA I: TULBURARE CLINICĂ

Cod diagnostic----- Denumire D.S.M. VI -----

AXA IV: PROBLEME PSIHOSOCIALE ŞI DE MEDIU; PROBLEMA CEA MAI RELEVANTĂ

------ Etapa 1- Pretest----------
------ Etapa 2 Postest-----

AXA V:

a) SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCŢIONĂRII (SEGF)

--- Etapa 1 Pretest: scor -------
--- Etapa 2 Posttest: scor ----

b) SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCŢIONĂRII RELAŢIONALE (EGFR)

--- Etapa 1 Pretest: scor ----
--- Etapa 2 Posttest: scor---

c) SCALA DE EVALUARE A FUNCŢIONĂRII SOCIALE ŞI PROFESIONALE (SEFPS)

--- Etapa 1 Pretest : scor----
--- Etapa 2 Posttest : scor----

BCU IASI - BIBLIOTECA UNIVERSITY LIBRARY

ANEXA 3

FIŞE ÎNREGISTRARE ŞI EVALUARE DE DATE ALE MODELULUI TRIAXIAL

LOTUL DE CERCETAT

Fişa 1

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
C.R.	26 ani	necăsătorit	superioare	şomer

AXA I — *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 — Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – şomaj; probleme profesionale
Etapa 2 – şomaj; probleme profesionale
AXA V
a) EFG – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 73 puncte
b) EGFR – Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte
c) EFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

Fişa 2

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
S.M.	31 ani	căsătorit	medii	casnică

AXA I — *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 — Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – locuinţa necorespunzătoare; probleme cu locuinţa
Etapa 2 – locuinţa necorespunzătoare; probleme cu locuinţa
AXA V
a) EFG – Etapa 1- 52 puncte
– Etapa 2 - 72 puncte

b) EGFR – Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) EFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 64 puncte

Fişa 3

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
L.N.	29 ani	căsătorit	medii	secretară

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţată cu pierderea slujbei
Etapa 2 - probleme economice; finanţe necorespunzătoare

AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 53 puncte
– Etapa 2 -76 puncte
b) SEGFR – Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

Fişa 4

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
V.M.	30 ani	căsătorit	superioare	bibliotecar

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; insatisfacţie profesională
Etapa 2 – probleme profesionale; insatisfacţie profesională

AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte

b) SEGFR – Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 5

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
A.A.. 28 ani necăsătorit superioare şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme profesionale; şomaj
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
c) EFPS – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 65 puncte

Fişa 6

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
S.A. 26 ani necăsătorit superioare contabil

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu locuinţa locuinţă necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 54 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR – Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte

BCU IAŞI CONRAD LIBRARY

c) SEFPS – Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 70 puncte

Fişa 7

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
L.V. 29 ani căsătorit medii cosmeticiană

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu mediul social; discriminarea
Etapa 2 – probleme cu mediul social; discriminarea
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 59 puncte
– Etapa 2 - 83 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 8

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
S.C. 33 ani căsătorit medii vânzătoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţarea cu şomajul
Etapa 2 – probleme profesionale; orar de lucru stresant
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 54 puncte
– Etapa 2 -77 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 9

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
V.E.	31 ani	căsătorit	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEFG – Etapa 1- 56 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEFPS – Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
c) SEFS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 10

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
A.G.	26 ani	necăsătorit	superioare	inginer

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – neînţelegeri cu colegii; probleme profesionale
Etapa 2 – condiţii de lucru diferite; probleme profesionale
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 52 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SGFR – Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 11

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
R.M.	30 ani	necăsătorit	medii	confecţioner

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare somaj
Etapa 2 – probleme profesionale; ameninţare somaj
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 -77 puncte
b) SGFR – Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 65 puncte

Fişa 12

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
D.A.	31 ani	căsătorit	medii	şomer

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme profesionale; şomaj
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 53 puncte
– Etapa 2 -79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 13

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
L.S.	30 ani	căsătorit	medii	şomer

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 14

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
S.F.	29 ani	căsătorit	superioare	economist

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare cu pierderea serviciului
Etapa 2 – probleme profesionale; ameninţare cu pierderea serviciului
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 53 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
b) SGFR – Etapa 1 – 56 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 15

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.C. 25 ani căsătorit medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – finanţe insuficiente; probleme economice
Etapa 2 – finanţe insuficiente; probleme economice
AXA V
a) SEGF – Etapa 1- 53 puncte
– Etapa 2 -76 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 16

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
B.A. 34 ani căsătorit medii şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 17

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
N.L. 33 ani căsătorit medii şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme economice; locuinţa necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 65 puncte

Fişa 18

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
B.S. 27 ani căsătorit medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fişa 19

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
C.D.	30 ani	căsătorit	medii	artist plastic

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEFG – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

Fişa 20

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
R.E.	30 ani	căsătorit	superioare	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; somaj
Etapa 2 – probleme eonomice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 – 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 21

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
L.M.A. 32 ani căsătorit medii secretară

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

Fişa 22

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
M.V. 30 ani căsătorit superioare profesor

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fişa 23

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
P.A. 25 ani necăsătorit medii vânzătoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţa necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 24

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
V.L. 27 ani căsătorit medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 25

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
S.S.	26 ani	necăsătorit	medii	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu serviciul; şomeră
Etapa 2 – probleme cu serviciul; şomeră
AXA V
a) SEFG – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 -79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 26

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
C.M.	30 ani	căsătorit	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme economice; locuinţă necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 70 puncte

Fişa 27

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
V.A. 29 ani căsătorit superioare casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu grup;
moartea unui membru al familiei
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEFG – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEFGR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 28

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
B.A.V. 28 ani necasatorit medii vânzător

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa;
lipsa unui loc adecvat
Etapa 2 – probleme cu locuinţa;
lipsa unui loc adecvat
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 -79 puncte
b) SEFGR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 71 puncte

Fişa 29

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
S.A.	30 ani	căsătorit	medii	muncitor

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare cu şomaj
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 -79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 81 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 72 puncte

Fişa 30

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
E.F.	29 ani	căsătorit	medii	muncitor

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; preocupări exterioare
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 31

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.L.M. 33 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme de sănătate în familie
Etapa 2 – probleme de sănătate în familie

AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 32

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
D.R. 28 ani căsătorit superioare economist

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; insatisfacţie profesională
Etapa 2 – probleme economice; insuiciente finanţe

AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 -79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 82 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 33

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
B.M. 28 ani căsătorit medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

Fişa 34

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.A.V. 30 ani căsătorit medii agent comercial

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – ameninţare cu pierderea serviciului; probleme profesionale
Etapa 2 – orar de lucru stresant; probleme profesionale
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 79 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 35

Nume subiect-----	Vârsta--------	Stare civilă------	Studii------	Ocupaţie------
A.V.A.	31 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 36

Nume subiect-----	Vârsta--------	Stare civilă------	Studii------	Ocupaţie------
S.E.	27 ani	căsătorită	medii	muncitoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare cu pierderea serviciului
Etapa 2 – probleme profesionale; ameninţare cu pierderea serviciului
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 73 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 62 puncte

Fişa 37

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.M. 28 ani căsătorită superioare profesoară

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; neînţelegeri cu directorul
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
c) SEFPS – Etapa 1- 52 puncte
– Etapa 2 - 66 puncte

Fişa 38

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
M.S. 26 ani necăsătorită superioare informatician

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţa necorespunzătoare
Etapa2 – probleme cu locuinţa; locuinţa necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 –7 6 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 39

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
B.A.I.	27 ani	necăsătorită	medii	muncitoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 78 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 68 puncte

Fişa 40

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
R.A.	29 ani	căsătorită	medii	vânzătoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 77 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 69 puncte

LOTUL II – LOT MARTOR

Fişa 1

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
L.A.V.	26 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 55 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 52 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte

Fişa 2

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
B.V.	28 ani	casatorita	medii	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme în legătură cu interacţiunea cu sistemul legal/penal; este victima unei infracţiuni
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 51 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 51 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 51 puncte

Fişa 3

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
A.D.	33 ani	căsătorită	superioare	jurist

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţarea cu pierderea serviciului
Etapa 2 – probleme profesionale; neînţelegeri cu şeful
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 50 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 49 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte

Fişa 4

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
T.C.	30 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 62 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 62 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 61 puncte

Fişa 5

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
D.S. 31 ani căsătorită superioare şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme profesionale; şomaj
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 51 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 51 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 49 puncte

Fişa 6

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
A.A. 28 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 49 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 47 puncte

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fişa 7

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
I.V. 30 ani căsătorită medii asistentă medicală

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare cu şomajul
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport social; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 -52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 8

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.O. 35 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport social; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 47 puncte

Fişa 9

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
L.F.M. 32 ani căsătorită superioare ingineră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 – 46 puncte

Fişa 10

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.M. 30 ani căsătorită superioare ingineră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2– 46 puncte

Fişa 11

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.V. 26 ani căsătorită superioare economistă

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţ insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 47 puncte

Fişa 12

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
S.L. 31 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 54 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 55 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 54 puncte

Fişa 13

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
P.L.A.	30 ani	căsătorită	medii	muncitoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme financiare; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 48 puncte

Fişa 14

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
V.M.	28 ani	căsătorită	superioare	cosmeticiană

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme financiare; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme financiare; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 52 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 52 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fişa 15

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
G.V.	31 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 16

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
D.V.	31 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 17

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.I. 26 ani căsătorită superioare casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 18

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
M.N. 30 ani căsătorită superioare artist plastic

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 19

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
A.T. 29 ani necăsătorită superioare economistă

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; pierderea serviciului
Etapa 2 – probleme profesionale; pierderea serviciului
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 71 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 -57 puncte
– Etapa 2 - 73 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 65 puncte

Fişa 20

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
V.R. 30 ani căsătorită medii şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte

Fişa 21

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
Z.V. 26 ani necăsătorită medii şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomeră
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte

Fişa 22

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.P. 29 ani căsătorită medii vânzătoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţare cu şomaj
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 23

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
A.G.	29 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 24

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
R.A.	25 ani	căsătorită	medii	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 47 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte

Fişa 25

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
B.M.	31 ani	căsătorită	medii	învăţătoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; ameninţarea cu pierderea serviciului
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 47 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 26

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
P.A.M.	27 ani	căsătorită	medii	chelneriţă

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 –probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 73 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 73 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 64 puncte

Fişa 27

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
G.M.V.	30 ani	căsătorită	medii	magazioneră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte

Fişa 28

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
S.S.	25 ani	necăsătorită	medii	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 29

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
P.M.A. 30 ani căsătorită superioare arhitect

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte

Fişa 30

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
T.E. 35 ani căsătorită superioare ingineră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

Fişa 31

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
M.M. 28 ani necăsătorită superioare jurist

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte

Fişa 32

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.A.M. 30 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 33

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
V.G.	34 ani	necăsătorită	superioare	bibliotecară

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte

Fişa 34

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
A.A.	30 ani	căsătorită	medii	casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme economice; finanţe insuficiente
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 53 puncte

Fişa 35

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
D.C.	30 ani	căsătorită	medii	şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme profesionale; şomaj
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 58 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 51 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte

Fişa 36

Nume subiect	Vârsta	Stare civilă	Studii	Ocupaţie
T.A.	27 ani	căsătorită	medii	muncitoare

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Fişa 37

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
P.R. 30 ani căsătorită superioare profesoară

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 38

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
G.V. 31 ani căsătorită medii casnică

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme economice; finanţe insuficiente
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 55 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 43 puncte

Fişa 39

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
B.L. 28 ani necăsătorită medii şomeră

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu grupul de suport primar; familia
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 53 puncte
– Etapa 2 - 46 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 56 puncte
– Etapa 2 - 45 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 44 puncte

Fişa 40

Nume subiect-----Vârsta--------Stare civilă------Studii------Ocupaţie------
C.S. 29 ani căsătorită superioare economistă

AXA I *Denumire D.S.M. IV*
Cod diagnostic: 295.60 Tulburare de schizofrenie de tip rezidual
AXA IV – Chestionar – Probleme Psihosociale şi de mediu – Problema cea mai relevantă
Etapa 1 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
Etapa 2 – probleme cu locuinţa; locuinţă necorespunzătoare
AXA V
a) SEGF – Etapa 1 - 54 puncte
– Etapa 2 - 76 puncte
b) SEGFR– Etapa 1 - 57 puncte
– Etapa 2 - 75 puncte
c) SEFPS – Etapa 1 - 52 puncte
– Etapa 2 - 67 puncte

ANEXA 4

TABELUL 1
Structura loturilor experimentului în funcție de variabila "stare civilă"

LOTUL I DE CERCETARE

Nr. subiect	Stare civilă
1.	necăsătorit
2.	căsătorit
3.	căsătorit
4.	căsătorit
5.	necăsătorit
6.	necăsătorit
7.	căsătorit
8.	căsătorit
9.	căsătorit
10.	necăsătorit
11.	necăsătorit
12.	căsătorit
13.	căsătorit
14.	căsătorit
15.	căsătorit
16.	căsătorit
17.	căsătorit
18.	căsătorit
19.	căsătorit
20.	căsătorit
21.	căsătorit
22.	căsătorit
23.	necăsătorit
24.	căsătorit
25.	necăsătorit
26.	căsătorit
27.	căsătorit
28.	necăsătorit
29.	căsătorit

LOTUL II MARTOR

Nr. subiect	Stare civilă
1.	Căsătorit
2.	Căsătorit
3.	Căsătorit
4.	Căsătorit
5.	Căsătorit
6.	Căsătorit
7.	Căsătorit
8.	Căsătorit
9.	Căsătorit
10.	Căsătorit
11.	Căsătorit
12.	Căsătorit
13.	Căsătorit
14.	Căsătorit
15.	Căsătorit
16.	Căsătorit
17.	Căsătorit
18.	Căsătorit
19.	Necăsătorit
20.	Căsătorit
21.	Necăsătorit
22.	Căsătorit
23.	Căsătorit
24.	Căsătorit
25.	Căsătorit
26.	Căsătorit
27.	Căsătorit
28.	Necăsătorit
29.	Căsătorit

30.	căsătorit
31.	căsătorit
32.	căsătorit
33.	căsătorit
34.	căsătorit
35.	căsătorit
36.	căsătorit
37.	căsătorit
38.	căsătorit
39.	căsătorit
40.	căsătorit

30.	Căsătorit
31.	Necăsătorit
32.	Căsătorit
33.	Necăsătorit
34.	Căsătorit
35.	Căsătorit
36.	Căsătorit
37.	Căsătorit
38.	Căsătorit
39.	Necăsătorit
40.	Căsătorit

TABELUL 2
Structura loturilor experimentului în funcție de variabilele "ocupație" și "studii"

LOTUL I DE CERCETARE

Nr. sub.	Ocupația	Studii
1.	șomer	superioare
2.	casnică	medii
3.	secretară	medii
4.	bibliotecar	superioare
5.	șomer	superioare
6.	contabil	superioare
7.	cosmetician	medii
8.	vânzător	medii
9.	casnică	medii
10.	inginer	superioare
11.	confecționer	medii
12.	șomer	medii
13.	șomer	medii
14.	economist	superioare
15.	casnică	medii
16.	șomer	medii
17.	șomer	medii
18.	casnică	medii

LOTUL II MARTOR

Nr. sub	Ocupația	Studii
1.	casnică	Medii
2.	șomer	Medii
3.	jurist	Superioare
4.	casnică	Medii
5.	șomer	Superioare
6.	casnică	Medii
7.	asistent medical	Medii
8.	casnică	Medii
9.	inginer	Superioare
10.	inginer	Superioare
11.	economist	Superioare
12.	casnică	Medii
13.	muncitor	Medii
14.	cosmetician	Superioare
15.	casnică	Medii
16.	casnică	Medii
17.	casnică	Superioare
18.	artist plastic	Superioare

19.	artist plastic	medii
20.	şomeră	superioare
21.	secretară	medii
22.	profesor	superioare
23.	vânzătoare	medii
24.	casnică	medii
25.	şomer	medii
26.	casnică	medii
27.	casnică	superioare
28.	vânzător	medii
29.	muncitor	medii
30.	muncitor	medii
31.	casnică	medii
32.	economist	superioare
33.	casnică	medii
34.	agent comercial	medii
35.	casnică	medii
36.	muncitor	medii
37.	profesor	superioare
38.	informatician	superioare
39.	muncitor	medii
40.	vânzator	medii

19.	economist	Superioare
20.	şomeră	Medii
21.	şomera	Medii
22.	vânzător	Medii
23.	casnică	Medii
24.	şomeră	Medii
25.	învăţătoare	Medii
26.	chelner	Medii
27.	magazioner	Medii
28.	şomer	Medii
29.	arhitect	Superioare
30.	inginer	Superioare
31.	jurist	Superioare
32.	casnică	Medii
33.	bibliotecar	Superioare
34.	casnică	Medii
35.	şomer	Medii
36.	muncitor	Medii
37.	profesor	Superioare
38.	casnică	Medii
39.	şomer	Medii
40.	economist	Superioare

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

TABELUL 3
Răspunsuri – probleme relevante (itemi) la chestionarul "*Probleme psihosociale şi de mediu*" pe loturile experimentului

LOTUL I DE CERCETAT

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme profesionale-şomaj
2.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare
3.	Probleme profesionale-ameninţarea cu şomajul	Probleme profesionale-insatisfacţie profesională
4.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme profesionale-şomaj
5.	Probleme profesionle-şomaj	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare
6.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare
7.	Probleme cu mediul social-discriminare	Probleme cu mediul social – discriminare
8.	Probleme profesionale –ameninţarea cu şomajul	Probleme profesionale-orar de lucru stresant
9.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme economice-finanţe insuficiente
10.	Probleme profesionale-neînţelegeri cu colegii	Probleme profesionale-condiţii de lucru dificile
11.	Probleme profesionale-ameninţare cu şomajul	Probleme profesionale-ameninţare cu şomajul
12.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme profesionale-şomaj
13.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme economice-finanţe insuficiente
14.	Probleme profesionale-ameninţarea cu pierderea serviciului	Probleme profesionale-ameninţare cu pierderea serviciului
15.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme economice-finanţe insuficiente
16.	Probleme profesionle-şomaj	Probleme economice-finanţe insuficiente
17.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare

18.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
19.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
20.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme economice-finanțe insuficiente
21.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
22.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
23.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare
24.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme locuința-locuința necorespunzătoare
25.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme profesionale-şomaj
26.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare
27.	Probleme cu grupul de suport primar; moartea unui membru al familiei	Probleme economice-finanțe insuficiente
28.	Probleme cu locuința- lipsa locuinței	Probleme cu locuința- lipsa locuinței
29.	Probleme profesionale-amenințare cu şomaj	Probleme economice-finanțe insuficiente
30.	Probleme economice-pauperitate extremă	Probleme economice-finanțe insuficiente
31.	Probleme cu grupul de suport primar-probleme de sanătate în familie	Probleme cu grupul de suport primar-probleme de sănătate în familie
32.	Probleme profesionale-insatisfacție profesională	Probleme economice-finanțe insuficiente
33.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
34.	Probleme profesionale-ameninare cu somajul	Probleme profesionale-orar de lucru stresant
35.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
36.	Probleme profesionale-amenințare cu şomajul	Probleme profesionale-amenințare şomaj
37.	Probleme profesionale-neînțelegeri cu directorul	Probleme economice-finanțe insuficiente
38.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare
39.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme economice-finanțe insuficiente
40.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente

LOTUL II MARTOR

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
2.	Probleme profesionale-șomaj	Probleme în legatură cu interacțiunea cu sistemul leglal/penal; victima unei infracțiuni
3.	Probleme profesionale-amenințarea cu șomajul	Probleme profesionale-neînțelegeri cu șeful
4.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
5.	Probleme profesionale-șomaj	Probleme profesionale-șomaj
6.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
7.	Probleme profesionale-amenințare șomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
8.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
9.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
10.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
11.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
12.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
13.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar –familia
14.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme economice-finanțe insuficiente
15.	Probleme cu locuința-locuință necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
16.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
17.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
18.	Probleme economice-finanțe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia

19.	Probleme profesionale-pierderea serviciului	Probleme profesionale-pierderea serviciului
20.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
21.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
22.	Probleme profesionale-ameninţare şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
23.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
24.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
25.	Probleme profesionale-ameninţare cu şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
]26.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme economice-finanţe insuficiente
27.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
28.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
29.	Probleme cu locuinţa-locuinţă nesatisfăcătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
30.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme economice-finanţe insuficiente
31.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
32.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
33.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
34.	Probleme cu locuinţa-locuinţă nesatisfăcătoare	Probleme economice-finanţe insuficiente
35.	Probleme profesionale-şomaj	Probleme cu grupul de suport primar-familia
36.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
37.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
38.	Probleme economice-finanţe insuficiente	Probleme cu grupul de suport primar-familia
39.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu grupul de suport primar-familia
40.	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare	Probleme cu locuinţa-locuinţă necorespunzătoare

TABELUL 4
Scoruri *SEGFR* pe subiecții loturilor experimentului

LOTUL I DE CERCETAT

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	58 pct.	81 pct.
2.	56 pct.	77 pct.
3.	57 pct.	82 pct.
4.	56 pct.	77 pct.
5.	54 pct.	79 pct.
6.	58 pct.	81 pct.
7.	59 pct.	83 pct.
8.	58 pct.	78 pct.
9.	57 pct.	79 pct.
10.	58 pct.	81 pct.
11	58 pct.	82 pct.
12	57 pct.	79 pct.
13	56 pct.	76 pct.
14	56 pct.	77 pct.
15	56 pct.	81 pct.
16	55 pct.	82 pct.
17	55 pct.	76 pct.
18	54 pct.	77 pct.
19	54 pct.	79 pct.
20	53 pct.	77 pct.
21	56 pct.	82 pct.
22	54 pct.	78 pct.
23	52 pct.	78 pct.
24	53 pct.	81 pct.
25	52 pct.	77 pct.
26	54 pct.	78 pct.
27	53 pct.	82 pct.
28	53 pct.	88 pct.
29	53 pct.	81 pct.
30	53 pct.	77 pct.

LOTUL II MARTOR

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	55 pct.	52 pct.
2.	55 pct.	51 pct.
3.	53 pct.	49 pct.
4.	54 pct.	62 pct.
5.	56 pct.	51 pct.
6.	53 pct.	48 pct.
7.	55 pct.	45 pct.
8.	55 pct.	48 pct.
9.	54 pct.	45 pct.
10.	55 pct.	45 pct.
11	55 pct.	45 pct.
12	53 pct.	55 pct.
13	54 pct.	46 pct.
14.	52 pct.	52 pct.
15	57 pct.	43 pct.
16	53 pct.	45 pct.
17	54 pct.	44 pct.
18	53 pct.	44 pct.
19	57 pct.	73 pct.
20	53 pct.	44 pct.
21	52 pct.	44 pct.
22	52 pct.	45 pct.
23	54 pct.	53 pct.
24	53 pct.	46 pct.
25	52 pct.	46 pct.
26	54 pct.	73 pct.
27	53 pct.	44 pct.
28	53 pct.	45 pct.
29	53 pct.	45 pct.
30	56 pct.	75 pct.

31	52 pct.	78 pct.
32	53 pct.	82 pct.
33	52 pct.	78 pct.
34	53 pct.	79 pct.
35	51 pct.	78 pct.
36	53 pct.	75 pct.
37	52 pct.	76 pct.
38	53 pct.	77 pct.
39	53 pct.	77 pct.
40	52 pct.	77 pct.

31	56 pct.	44 pct.
32	57 pct.	45 pct.
33	58 pct.	46 pct.
34	55 pct.	53 pct.
35.	58 pct.	43 pct.
36.	55 pct.	45 pct.
37	54 pct.	45 pct.
38	55 pct.	44 pct.
39	56 pct.	45 pct.
40.	57 pct.	75 pct.

TABELUL 5
Scorurile la *SEFPS* pe subiecții loturilor cercetării

LOTUL I EXPERIMENTAL

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1	52 pct.	69 pct.
2	53 pct.	64 pct.
3	56 pct.	69 pct.
4	58 pct.	66 pct.
5	55 pct.	65 pct.
6	56 pct.	70 pct.
7	53 pct.	66 pct.
8	52 pct.	67 pct.
9	51 pct.	66 pct.
10	52 pct.	67 pct.
11	52 pct.	65 pct.
12	53 pct.	67 pct.
13	52 pct.	66 pct.
14	53 pct.	66 pct.
15	51 pct.	66 pct.
16	52 pct.	68 pct.
17	51 pct.	65 pct.
18	52 pct.	67 pct.
19	53 pct.	69 pct.
20	51 pct.	68 pct.

LOTUL II MARTOR

Nr. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1	51 pct.	53 pct.
2	51 pct.	51 pct.
3	51 pct.	48 pct.
4	53 pct.	61 pct.
5	51 pct.	49 pct.
6	51 pct.	47 pct.
7	51 pct.	44 pct.
8	52 pct.	47 pct.
9	52 pct.	46 pct.
10	52 pct.	46 pct.
11	52 pct.	47 pct.
12	52 pct.	54 pct.
13	52 pct.	48 pct.
14	51 pct.	53 pct.
15	52 pct.	44 pct.
16	51 pct.	45 pct.
17	52 pct.	45 pct.
18	52 pct.	45 pct.
19	51 pct.	65 pct.
20	51 pct	43 pct.

21	53 pct.	69 pct.
22	52 pct.	68 pct.
23	51 pct.	68 pct.
24	52 pct.	68 pct.
25	51 pct.	66 pct.
26	53 pct.	70 pct.
27	52 pct.	68 pct.
28	55 pct.	71 pct.
29	51 pct.	72 pct.
30	52 pct.	68 pct.
31	52 pct.	68 pct.
32	51 pct.	66 pct.
33	52 pct.	69 pct.
34	52 pct.	66 pct.
35	53 pct.	67 pct.
36	51 pct.	62 pct.
37	52 pct.	66 pct.
38	54 pct.	67 pct.
39	53 pct.	68 pct.
40	53 pct.	69 pct.

21	51 pct.	43 pct.
22	51 pct.	44 pct.
23	52 pct.	45 pct.
24	52 pct.	46 pct.
25	51 pct.	44 pct.
26	53 pct.	64 pct.
27	52 pct.	46 pct.
28	51 pct.	45 pct.
29	52 pct.	46 pct.
30	52 pct.	67 pct.
31	52 pct.	46 pct.
32	51 pct.	45 pct.
33	52 pct.	45 pct.
34	52 pct.	53 pct.
35	51 pct.	43 pct.
36	52 pct.	44 pct.
37	52 pct.	44 pct.
38	52 pct.	43 pct.
39	52 pct.	44 pct.
40	52 pct.	67 pct.

TABELUL 6
Scoruri *SEGF* pe subiecții loturilor cercetării

LOTUL I DE CERCETAT
Punctaj SEGF pe două etape

Nr.crt. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	51 pct.	73 pct.
2.	52 pct.	72 pct.
3.	53 pct.	76 pct.
4.	51 pct.	79 pct.
5.	53 pct.	77 pct.
6.	54 pct.	77 pct.
7.	53 pct.	76 pct.
8.	54 pct.	77 pct.
9.	56 pct.	78 pct.

LOTUL II DE CONTROL
Punctaj SEGF pe două etape

Nr.crt. sub.	Etapa 1	Etapa 2
1.	53 pct.	55 pct.
2.	52 pct.	51 pct.
3.	52 pct.	50 pct.
4.	53 pct.	62 pct.
5.	53 pct.	51 pct.
6.	52 pct.	49 pct.
7.	52 pct.	46 pct.
8.	54 pct.	48 pct.
9.	53 pct.	46 pct.

10.	52 pct.	77 pct.
11.	54 pct.	77 pct.
12.	53 pct.	79 pct.
13.	52 pct.	78 pct.
14.	53 pct.	76 pct.
15.	53 pct.	76 pct.
16.	54 pct.	77 pct.
17.	54 pct.	76 pct.
18.	52 pct.	75 pct.
19.	53 pct.	77 pct.
20.	53 pct.	78 pct.
21.	54 pct.	76 pct.
22.	53 pct.	79 pct.
23.	52 pct.	79 pct.
24.	52 pct.	77 pct.
25.	53 pct.	79 pct.
26.	54 pct.	79 pct.
27.	51 pct.	78 pct.
28.	52 pct.	79 pct.
29.	53 pct.	79 pct.
30.	52 pct.	78 pct.
31.	53 pct.	79 pct.
32.	52 pct.	79 pct.
33.	53 pct.	79 pct.
34.	54 pct.	79 pct.
35.	52 pct.	78 pct.
36.	52 pct.	73 pct.
37.	53 pct.	75 pct.
38.	51 pct.	76 pct.
39.	52 pct.	78 pct.
40.	51 pct.	77 pct.

10.	52 pct.	45 pct.
11.	52 pct.	44 pct.
12.	52 pct.	54 pct.
13.	52 pct.	48 pct.
14.	53 pct.	52 pct.
15.	54 pct.	43 pct.
16.	53 pct.	46 pct.
17.	53 pct.	44 pct.
18.	52 pct.	45 pct.
19.	53 pct.	71 pct.
20.	53 pct.	43 pct.
21.	53 pct.	44 pct.
22.	52 pct.	46 pct.
23.	55 pct.	44 pct.
24.	52 pct.	47 pct.
25.	53 pct.	47 pct.
26.	53 pct.	73 pct.
27.	54 pct.	44 pct.
28.	53 pct.	44 pct.
29.	54 pct.	45 pct.
30.	54 pct.	75 pct.
31.	53 pct.	43 pct.
32.	54 pct.	45 pct.
33.	53 pct.	46 pct.
34.	54 pct.	43 pct.
35.	53 pct.	44 pct.
36.	55 pct.	46 pct.
37.	53 pct.	45 pct.
38.	54 pct.	44 pct.
39.	53 pct.	46 pct.
40.	54 pct.	76 pct.

TABELUL 7
***Indicii de covarianță* pentru scalele de evaluare**

Scala de evaluare	Lot I (Etapa 2 lot I – Etapa 1 lot I)	Lot II (Etapa 2 lot II – Etapa 1 lot II)	Etapa 1 lot I – Etapa 2 lot II)	Etapa 1 lot I – Etapa 1 lot II)
SEGF	0,24	- 0,04	0,28	0,00
SEGFR	0,26	0,06	0,30	-0,02
SEFPS	0,14	- 0,03	0,18	0,01

TABELUL 8
Valori numerice şi procentuale ale loturilor experimentului în funcție de variabilia "stare civilă"

Stare civilă	LOUTUL I		LOTUL II	
	Nr.subiecți	Procentaj	Nr.subiecți	Procentaj
Necăsătoriți	8	20	6	15
Căsătoriți	32	80	34	85

TABELUL 9
Valori numerice şi procentuale ale loturilor experimentului în funcție de variabilia "studii"

Studii	LOTUL I		LOTUL II	
	Nr.subiecți	Procentaj	Nr.subiecți	Procentaj
Superioare	12	30	15	37,5
Medii	28	70	25	62,5

TABELUL 10
Valori numerce şi procentuale ale loturilor experimentului în funcție de variabilia "ocupație"

Ocupația	LOTUL I		LOTUL II	
	Nr.subiecți	Procentaj	Nr.subiecți	Procentaj
Șomer/casnică	18	45	20	50
Cu ocupație	22	55	20	50

TABELUL 11

Răspunsuri la problemele cele mai edificatoare ale chestionarului inventarului "*de probleme psihosociale şi de mediu*" realizat pe cele două loturi ale cercetării

Probleme psihosociale şi de mediu	LOTUL I				LOTUL II			
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 1		Etapa 2	
	Nr. sub.	Proc.	Nr sub.	Proc.	Nr sub.	Proc.	Nr. Sub.	Proc.
Probleme economice	11	27,5	18	45	20	50	7	17,5
Probleme profesionale	17	42,5	11	27,5	11	27,5	3	7,5
Probleme cu locuinţa	9	22,5	9	22,5	9	22,5		2,5
Probleme sociale	1	2,5	1	2,5	0	-	0	-
Probleme cu grupul de suport social-familia	2	5	1	2,5	0	-	28	70
Probleme de interacţiune cu sistemul legal/penal	0	-	0	-	0	-	1	2,5

TABELUL 12

***Medii şi indicatori de varianţă* ale loturilor cercetării pentru scalele de evaluare**

Scala de evaluare	LOTUL I				LOTUL II			
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 1		Etapa 2	
	Media	Indice covarianţă	Media	Indice covarianţă	Media	Indice covarianţă	Media	Indice covarianţă
SEGF	52,72	0,53	77,17	0,77	53,05	0,53	49,37	0,49
SEGFR	53,12	0,53	79,07	0,79	54,52	0,55	49,07	0,49
SEFPS	52,57	0,53	67,3	0,67	52,2	0,52	48,62	0,49

BIBLIOGRAFIE

Alexander, G. & Jelesnik, A. *Histoire de la Psychiatrie*, Paris, A. Colin, 1982.

Artaud A., *L'Exclusion*, Paris, Gallimard, 1978.

Bastide, R., *Sociologie des Maladies Mentales*, Paris, Flammarion, 1977.

Beck, A., Bush, A.T., Shou, J., *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Harper, 1979.

Benedict, R., *Patterns of Culture,* Boston, University of Boston, 1934.

Beterhein, B., *Un Lieu Pour Renatre*, Paris, Lafort, 1985.

Blackburn, M.J., "The Efficacy of Cognitive Therapy in Depression: a Treatment Trial Using Cognitive Therapy and Pharmacotherapy, Each Alone and Combination", in *British Journal of Psych.*, 199, 1991, p. 181.

Bleuler, M., *Long Time Course of Schizofrenyc Psychoses*, London, B.M.J., 1974.

Bohhiris, L., *Deviant Children Grown Up*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1982.

Borges, L., *Moartea şi Busola,* in *Opere complete,* vol. I, Bucureşti, Ed. Enciclopedică, 1997.

Braun, P., et al. *An Introduction to the Psychoterapies*, New York, Oxford University Press, 1979.

Butler, A., Pritchard, C., *Bolile mintale*, Bucureşti, Ed. Alternative, 1993.

Bushing, W., Linstey, A., "Communiti Hemogenity and Exclusion of the Mentally III", in *Soc. Behav J.*, 197, 1995.

Cambell, R., *Psihiatric Dictionary*, New York, Oxford University Press, 1995.

Caplan, G., *Priciples of Preventive Psihiatry*, London, Tavistock, 1974.

Ciampi, L., "The Natuaral History of Schizofrenia in the Long Time", in *Britsh J.P.*, 1981, pp. 413-420.

Clasification of Mintal and Behavioricals Discorders – O.M.S., Geneva, 1992.
Delacampagne, J.C., *Figure de l'opresion*, Paris, P.U.F., 1977.
Dohrenwend, H., Egrl, L., "Recent Stressful Life", in *Schizo bull.*, 1991, pp. 12-14.
Dorfen, E., Gordon, Th., *Client Centre Constable*, London, Macmmilan, 1992.
Drucker, N., *V.S. News and World Report*, dec. 1985.
D.S.M. IV TM – American Psychiatric Association – 1994, editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, 2000.
Eisenberg, L., "Psyhiatry and Society: A Sociological Syntesis", in *New England Journal of Medicine*, 1977.
Ey, H., Bernard, P., Brisset, C.H., *Psychiatrie*, Paris, Masson, 1978.
Erikson, E.H., "The life circle", in *International Enciclop. of the Social Science*, New York, Macmillan, 1968.
Falcon, I., "Family Management in the Preventiv of Exacerbation of Schyzofrenic", in *J.M.*, N.E., 1992, p. 366.
Foucault, M., *Istoria nebuniei în epoca clasică*, Bucureşti, Ed. Humanitas, 1996.
Friedmann, C., *Psihiatrie*, Constanţa, Ed. Exponto, 2000.
De Freminville, B., *La raison des plus fort*, Paris, Seuil, 1987.
Fromm, E., *The Crisis of Psychoanalisys*, Harper & Row Publicher, 1978.
Gibbons, J., "Evaluation of a Social Wark Service for Self Patiens", in *British Journal of Psych.*, 1978, p. 111.
Gardner, A., Reissman, F., *Lots of Helping Hands*, WW Northon C.O., 1980.
Gove, W., "Societal Reaction as un expectation of mental illness: an evaluation", in *American Sociology Revue*, 1970.
Ionescu, G., *Psihoterapie*, Bucureşti, Ed. Ştiinţifică, 1990.
Ionescu, S., *Quatorze Approches de la Psyhopatologie*, Paris, Natasch, 1991.
Jacard, R., *Nebunia*, Timişoara, Ed. de Vest, 1994.
Jaspers, K., *Psychopatologie generale*, Paris, Felix Alcan, 1963.
Jones, M., *The Therapeutic Community*, Nwe York, Basic Books, 1953.

Hanimer, N., "Social Support, Social Networks and Schizophrenia", in *Schizo bull.*, 1992, pp. 45-58.
Hanney, C.A., *The interaction of petitioner and deviant social characteristics in the adjucation of incconpetency*, New York, Macmmilan, 1970.
Hirsh, S.R., "Psyhosocial Factors in the Course and Prevention of Relapse in Schyzofrenia", in *Britsh M.J.*, 1983.
Herz, F. & colab., "Brief Hospitalization – Two Years Fallow Up", in *Arch.Am.Psych.*, 1979.
Holdevici, I., *Elemente de psihopatologie*, Bucureşti, Ed. All, 1996.
Kramer, E., *Art as Therapy with Chyldren*, New York, Pelican, 1971.
Laing, R., *Moi et les autres*, Paris, Gallimard, 1971.
Laing, R., *Le moi divise*, Paris, Stock, 1970.
Lacan, J., *Ecrits*, Paris, Edition du Seuil, 1969.
Lăzărescu, M., şi colab. "Studiu asupra evoluţiei instructiv profesionale a schizofrenilor", in rev. *Neurologia*, Bucureşti, 1986, pp. 120-138.
Lyotard, J.F., *Fenomenologia*, Bucureşti, Ed. Humanitas, 1997.
Predescu, V., *Psihiatrie,* vol. I, Bucureşti, Ed. Medicală, 1989.
Robbins, L., *Deviant children grown up*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1982.
Madanes, C., *Strategie family therapy*, London, Jassey – Bass Publisher, 1981.
Mayergros, W., Slate, E., *Clinical Psychiatri*, London, Baillier, Tindul&Cocs, 1973.
Marcuse, H., *Eros şi Civilizaţie*, Bucureşti, Ed. TREI, 1996.
Marder, G., *Combining Family Therapy and Pharmochotherapi*, New York, Grune, STR Tato, 1981.
Minkowski, E., *La Schizophrenie. Psihopatologie des schizoides et des schizophrenes*, Paris, Payot & Rivages.
Mitrofan, I., *Cuplul conjugal – armonie şi dizarmonie*", Bucureşti, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1989.
Mitrofan, N., *Dragostea şi căsătoria*, Bucureşti, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1984.
Searls, H., *L'effort pour Rendre L'autre Fou*, Paris, Galimard, 1978.

Schef, Th., *Being mentally III. Sociological Theory*, Chicago, Aldine, 1966.
Scheff, Th., "The labelling theory of mintal illnes", in *American Sociology Revue*, 39, 1974.
Sorokin, P., Zimmerman, E., *Principles of rural urban sociology*, New York, Cooper, 1925.
Starobinski, J., *Melancolie, nostalgie, ironie*, Bucureşti, Ed. Meridiane, 1993.
Stein, L., *Alternative to mintal hospital treatment*, London, Halmilton, 1980.
Sturgeon, A., "The Prognosis of Schizofrenie", in *Schyzo.bull.*, 4, pp. 56-67.
Szas, T., *Le Mythe de la Maladie Mentale*, Paris, Payot, 1975.
Szas, T., *Ideologie,* Paris, P.U.F., 1976.
Vaughn, C., Leff, P., "The influence of the family and social factors on the course of psychiatry illness", in *British Journal of Psychiatry*, 1978.
Vaughn, C., "The Interaction of live Events and Relatives Expresed Emotion in Schizophrenia and Deprssive Neurons", in *British Journal of Psychiatry*, 130, 1980, pp. 140-153.
Vigderhaus, G., Fishman, G., "The impact of un employment family integration and changing suicide bates in the USA 1920-1974", in *Social Psychiatry,* 1981.
Wansbrough, J., Cooper, P., *Open Employment after Mental Illness*, London, Tavistock, 1980.
Wing, J.K., Brown, G.W., *Institutionalism and schizophrenia*, Cambridge University Press, 1958.
Weisbord, B., *Alternative to mental hospital treatment, economics cost–benefit analysis*, London, Tavistock, 1980.
Westermeyer, J., "Criteria for the Diagnostics of Mental Illness", in *A.J.P.*, 1979.
Wittiling, W., *Hanabuch der Klinischen Psychologie*, Hamburg, Hoffman & Campe, 1980.
Zamfir, E., *Cultura relaţiilor interpersonale*, Bucureşti, Ed. Politică, 1982.

Lucrări apărute în colecția UNIVERSITARIA

1. Valentina Agrigoroaei, *Elements pour une morphosyntaxe du verbe français,* 1994.
2. Vasile Miftode, *Teorie și metodă în asistența socială,* 1995.
3. Gheorghe Cliveti, *Liberalismul românesc. Eseu istoriografic,* 1996.
4. Gheorghe Iacob, *Economia României (1859-1939). Fapte, legi, idei,* 1996.
5. Ion Agrigoroaei, Gh. Iacob (coordonatori), *Arhivele Moldovei, I-II, 1994-1995,* 1996.
6. Gheorghe Cliveti, *România și crizele internaționale, 1853-1913,* 1997.
7. Gh. Teodorescu (coordonator), *Un secol de sociologie românească (1897-1997),* 1997
8. Gh. Iacob, *Introducere în diplomație,* 1998.
9. Petru Bejan, *Istoria semnului în patristică și scolastică,* 1999.
10. Eugen Carata, Dumitru Zetu, *Robotică,* 1999.
11. Ioan Ambrosă, Gh. Solcan, Ioan Liviu Mitrea, *Semiologie veterinară și diagnostic clinic,* 2000.
12. Iolanda Tobolcea, *Orientări psihologice și logopedice în logonevroză,* 2000.
13. Petru Bejan, *Critica filosofiei pure,* 2000.
14. Ștefan Afloroaei (coord), *Limite ale interpretării,* 2001.
15. Angela Zabulică, *Temporalitatea în discursul fenomenologic al lui Martin Heidegger,* 2002.
16. Simona Modreanu, *Eugène Ionesco ou l'agonie de la signifiance,* 2002.
17. Ștefan Afloroaei (coord.), *Interpretare și ideologie,* 2002.
18. Ștefan Afloroaei, Corneliu Bâlbă, George Bondor, *Locul metafizic al străinului,* 2003.
19. Mihai Chelaru, *Psihologia eului,* 2003.
20. Virgil Catargiu, *Perspective filosofice asupra istoriei,* 2003.
21. Dan Chițoiu, *Repere în filosofia bizantină,* 2003.
22. Gheorghe Teodorescu, Petru Bejan, *Relații publice și publicitate. Discurs, metodă, interpretare,* 2003.
23. Nicu Gavriluță, *Hermeneutica simbolismului religios,* 2003.

24. Ştefania Bejan, *Discursul educaţiei*, 2003.
25. Maria Sandu, *Filiaţia. Abordare socio-juridică*, 2003.
26. Cristina Gavriluţă, *Socioantropologia fenomenului religios*, 2003.
27. Nicolae Kallós, *Crâmpei de viaţă din secolul XX. Un dialog despre evreitate, holocaust şi comunism ca experienţe personale*, 2003.
28. Vasile Miftode, *Tratat de asistenţă socială*, vol. I, 2003.
29. Valerius M. Ciucă, *Lecţii de drept privat comparat*, 2003.
30. Mihaela Frunză (coord.), *Feţele toleranţei*, 2003.
31. Virgil Stoica, *Cine conduce Iaşiul?*, 2003.
32. Gheorghe Teodorescu, *Sociologia mirabilis*, 2003.
33. Maria Cojocaru, *Managementul serviciilor de asistenţă socială*, 2003.
34. Ştefan Munteanu, *Raţionalitatea metafizicii lui Ion Petrovici*, 2003.
35. Petru Bejan, *Hermeneutica prejudecăţilor*, 2004.
36. Vasilie Bogdan, Alina Hârlab, *Statistică managerială*, 2004.
37. Manuela Gheorghe, *Religie şi schimbare socială în România*, 2004.
38. Maria Cojocaru, *Sociologia industrială*, 2004.
39. Tudor Ghideanu, *Filosofia Criteriului şi Timpul Funciar*, 2004.
40. Ion Agrigoroaiei, *Opinie publică şi stare de spirit în vremea Războiului de Întregire şi a Marii Uniri*, 2004.
41. Cornelia şi Mihai Căprioară, *Introducere în filosofie*, 2004.
42. Liliana Stan, *Fundamente ale succesului educaţional*, 2004.

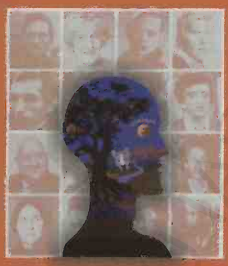
B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Colecţia UNIVERSITARIA 43

Viziunea integrativ-holistă a asistenței sociale, strategia ei de intervenție prin care individul aflat în dificultate este privit în sistemul de relații semnificative din punct de vedere psihosocial, are ca efect principal reinserția într-un spațiu de viață autentic, real.

Aceste strategii ale asistenței sociale repun în drepturile sale individul, făcând posibilă satisfacerea setului său de trebuințe şi de necesități, expresii ale esenței sale umane, prin refacerea legăturilor cu comunitatea. Prin urmare, acestea sunt motivele pentru care, astăzi, asistăm la un accentuat proces de despitalizare a persoanelor cu tulburări mentale, la un demers de redefinire a actului psihoterapeutic şi, nu în ultimul rând, la un efort de reîntoarcere în comunitate a acestor persoane. Acestea sunt demersuri psihosociale la care a aderat şi Asistența Socială şi care au condus la realizarea a ceea ce Carl Rogers a denumit a fi "Revoluția Liniştită". Printr-o astfel de schimbare a raporturilor dintre agenții socio-medicali (psihatru, asistent social, psiholog, sociolog etc.) şi persoanele cu tulburări mentale, tocmai prin redefinirea acestor relații, considerându-se că bolnavul psihic nu este "străinul" freudian sau "celălalt"-exclusul lacanian, ci este o ființă umană cu nevoi, trebuințe şi care trebuie privit cu demnitate, ca oricare altă ființă umană.



ISBN: 973-7742-10-9